SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ

GLÁUCIA MIRANDA

PROMOÇÃO E FORTALECIMENTO DA CONTRATUALIDADE: GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO EM UM CAPS-AD

CURITIBA - PR
2021

GLÁUCIA MIRANDA

PROMOÇÃO E FORTALECIMENTO DA CONTRATUALIDADE: GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO EM UM CAPS-AD

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Paraná/Secretaria de Estado da Saúde como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profª. Orientadora: **Luciana Elisabete Savaris**

CURITIBA - PR
2021

FOLHA DE APROVAÇÃO

CURITIBA, 23 DE FEVEREIRO DE 2021.

O trabalho intitulado **PROMOÇÃO E FORTALECIMENTO DA CONTRATUALIDADE: GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO EM UM CAPS-AD** de autoria da aluna **GLÁUCIA MIRANDA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

Prof. Ma. Luciana Elisabete Savaris
Orientadora do TCR/PI

Prof. Ma. Rejane Cristina Tabuti Teixeira
Avaliadora da Instituição

Prof. Dr. Gustavo Zambenedetti
Avaliador Externo

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a todos aqueles que acreditam e principalmente investem nas “causas perdidas”. Não a aqueles que não se cansam, mas aos que continuam mesmo cansados. Àqueles que ainda não conseguiram mudar o mundo, mas que fazem micro revoluções no encontro com o outro todos os dias.

Esta dedicatória não tem um interlocutor definido, mas é aberta a todo aquele que se identificar com o que ela representa.

Tentando ser mais específica, este trabalho é dedicado a todos aqueles que fazem parte da Luta Antimanicomial, que defendem o cuidado em liberdade e que sabem que este não se faz apenas destruindo paredes concretas e de concreto, mas desconstruindo muros e grades que existem em nós e na nossa relação com o outro.

Este trabalho é dedicado a todos aqueles que sabem que o tecnicismo, a psicologização, a patologização do sofrimento e a medicalização da vida não são respostas. A resposta está e sempre esteve no coletivo, na sociedade e no sentido da desnaturalização da desigualdade social.

Também é dedicado a quem não é um soldado na guerra contra as drogas, a quem sabe que o buraco é mais embaixo e que sabe que o cuidado em saúde é acolhimento, é singularidade e não julgamento moral.

Por fim, este trabalho é dedicado a quem nunca se contenta, que chega em casa no fim do dia e não sabe se conseguiu fazer alguma diferença no mundo, mas que faz questão de ser errante e tentar de novo, usa a contradição como combustível e dá significado à frustração cotidiana.

Há algo ainda a ser dito.

Este trabalho é dedicado a quem acredita no SUS e o defende cotidianamente!

Saúde não se vende!

Loucura não se prende!

AGRADECIMENTOS

Ter a quem agradecer demonstra que algo não se produziu sozinho, mas no encontro e no afeto com outros. Meu primeiro agradecimento é para aqueles que eu chamo de “meus”, não porque os possuo, mas porque são meu lugar no mundo e que me acolhem em todos os momentos: minha família, no sentido menos tradicional e nuclear possível. Apoio é sempre o que eu recebo de vocês e me emociona o quanto acreditam em mim! Por laço sanguíneo ou não, mas sempre por escolha, muito obrigada.

Agradeço de forma incansável à Universidade Estadual do Centro-Oeste que me apresentou a um universo tão vasto e complexo, que hoje eu sou constituída de uma forma irreversível por sensibilidade, crítica e inquietação. É claro que a UNICENTRO é formada por pessoas e por laços. Os que eu destaco aqui são a professora Dra. Claudia Regina Magnabosco Martins – por um acolhimento tão presente e tão bonito, que apostou e investiu em mim de tantas formas e maneiras; estar terminado essa residência hoje tem dedo teu. Obrigada pelo impulso! – e ao professor Dr. Gustavo Zambenedetti, que andou ao meu lado, me orientando pela descoberta dos caminhos da Saúde Mental de um jeito que me marca de forma profunda; sinto que nunca conseguirei deixar de te agradecer pela tua presença em momentos acadêmicos e não acadêmicos, em que a vida exigiu bastante de mim; você também exigiu, de uma forma afetuosa e qualificada...ser quem eu sou hoje, tem muito teu, obrigada por ser meu Mestre Yoda!

Agradeço às minhas colegas de residência que toparam descobrir como se faz uma residência. Fomos uma primeira turma intensa, vivemos entre ensaio e erro, mas sempre soubemos trabalhar coletivamente quando necessário (e quando que não é necessário?). Agradeço de forma especial à Jessica Santos Ivacioki, a enfermeira dona do meu coração, com quem eu dividi absolutamente tudo nesse caminho de dois anos...obrigada por permanecer na minha vida para muito além da residência!

Fica meu agradecimento também à professora Ma. Luciana Elisabete Savaris, quem eu nunca vi pessoalmente, devido à pandemia, mas que se fez presente em todos os momentos, me guiando por este trabalho.

E meu último agradecimento é ao CAPS ad, que foi minha casa nesses dois anos e que me proporcionou uma experiência transformadora. O agradecimento especial fica à Mariclei Rosa Mendes, pelo afeto e acolhimento cotidianos; tua autenticidade e generosidade será sempre lembrada por mim! Ao Tiago Rafael

Wentzel, meu preceptor e colega de profissão, que me ensinou em absolutamente todos os dias, mesmo não tendo essa intenção...você é uma das pessoas mais sensíveis que eu já conheci e minha carreira é e será marcada sempre pela tua forma de fazer Psicologia; e meu outro agradecimento à Vanessa da Silva Fagundes, minha outra colega de profissão e preceptora extraoficial, que sempre me acolheu e esteve disposta a estar junto construindo minha atuação dentro do CAPS, com uma leveza e uma risada gostosa, espontânea que é difícil de esquecer. Obrigada por estarem comigo e por fazerem a GAM comigo, desde o primeiro arrastar das cadeiras até o encanto pelo caminho e seus percalços. Vocês me ensinaram a usar nossos "poderes psicossociais"!

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE QUADROS

RESUMO

O campo da saúde mental ainda vive a contradição entre dois modelos: o modelo asilar e o modelo psicossocial, neste contexto emerge a questão de “como” se produz o cuidado. Este trabalho teve como objetivo analisar se a participação em Grupos de Gestão Autônoma da Medicação pode ampliar a contratualidade dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas. A metodologia utilizada foi a da Pesquisa-Intervenção. A pesquisa ocorreu em quatro fases: a primeira fase foi documental, através de consulta a relatórios de prescrição medicamentosa do Centro de Atenção Psicossocial - álcool e drogas entre o período de março de 2019 à março de 2020. Na segunda fase foram aplicados questionários sociodemográficos e realizadas entrevistas individuais. A terceira fase constitui-se na experimentação do Grupo de Gestão Autônoma da Medicação e na quarta e última fase foram repetidas as entrevistas individuais. A pesquisa ocorreu entre os meses de agosto a novembro do ano de 2020. A análise dos dados se deu através de Análise de Conteúdo Temática. O estudo contou com 3 participantes (2 homens e 1 mulher), idades entre 20 e 43 anos. Todas as medidas de prevenção à COVID-19 foram seguidas. Os resultados apontaram que 81% dos usuários que se vincularam ao Centro de Atenção Psicossocial ad no período pesquisado receberam prescrição de medicamentos. A Gestão Autônoma da Medicação permitiu o diálogo sobre as drogas prescritas e proscritas, identificando mecanismos subjetivos similares; evidenciou a pouca participação dos usuários, que estão assujeitados pelo discurso da dependência química; se mostrou como possibilidade de produção de subjetividade, se aproximando da ética da Redução de Danos; ainda, percebeu-se deslocamentos afetivos na forma dos usuários se relacionarem com seus medicamentos. Entre as considerações finais, destaca-se o manejo cogestivo como impulso em relação a uma maior participação e autonomia dos usuários; o desafio de promover contratualidade em um espaço em que o paradigma asilar e proibicionista se mostra de maneira forte; e a possibilidade de provocar microfissuras em posturas e saberes duramente constituídos e instituídos. Evidencia-se a escassez da discussão sobre medicamentos na área de álcool e outras drogas e que o espaço do grupo também atuou no sentido de Educação em Saúde. Por fim, destaca-se o momento de pandemia e seu profundo impacto no formato do grupo, bem como na possibilidade de promoção de participação a comunidade. Aponta-se para a necessidade de novos estudos na área, visto a sua complexidade e marginalidade na produção de conhecimentos.

Palavras-Chave: Saúde Mental; álcool e outras drogas; gestão autônoma da medicação; contratualidade; autonomia.

1 INTRODUÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A forma com que se apresenta a demanda dos usuários nos serviços de Saúde Mental está diretamente relacionada ao modo de produzir saúde, considerando o pressuposto de que não existem necessidades básicas "naturais", não existem demandas "espontâneas", pois “a noção das necessidades é produzida, assim como a demanda é modulada” (BAREMBLITT, 1992, p. 16).

É possível ponderar que os usuários que chegam a um serviço de Saúde Mental com a expectativa de diagnóstico, medicamento e internação, apresentam uma demanda que foi criada a partir de saberes científicos, serviços de saúde disponíveis, assim como, de interesses financeiros. Esta demanda se sustenta pelo modelo biomédico, caracterizado pela “explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo, recuperação, reabilitação, tecnicismo e especialização” (CUTOLO, 2006, p. 16).

No campo da saúde mental, segundo Costa-Rosa (2000), vive-se um momento de contradição entre dois modos de cuidado. Um que está atrelado historicamente e tradicionalmente à Psiquiatria (modo asilar) e outro que surge a partir da Reforma Psiquiátrica (modo psicossocial). Assim, a questão emergente trata não apenas de “onde” se produz o cuidado, mas sobre “como” se produz.

Tendo em conta a produção do cuidado, este estudo trará luz as demandas oriundas do sofrimento psíquico relacionado ao uso de álcool e outras drogas. Constata-se que o tema foi incorporado recentemente no âmbito da Saúde Mental. De acordo com Machado e Miranda (2007), esse tema herda uma forte tradição histórica de repressão ao uso, o que restringia o debate aos setores de Justiça e Segurança Pública. Assim, ao criar um serviço de saúde para este público, o Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras drogas (CAPS ad), existe uma tentativa de ampliar o olhar para a questão.

Contudo, o cuidado a pessoas em uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas encontra-se ainda na atualidade, envolvido em diferentes arenas de debate, seja entre os modelos asilar e psicossocial, seja nos diferentes posicionamentos políticos em relação ao cuidado nesse âmbito, que são o Proibicionismo-Abstencionismo e a Redução de Danos (RD). “Cada um desses posicionamentos parte de pressupostos ideológicos diferentes e, em consequência, produzem modelos de atenção também distintos” (ABAL; GUGELMIN, 2018, p. 25).

Enquanto no Proibicionismo-Abstencionismo, há uma busca pela abstinência e o uso de álcool e outras drogas é apreendido pelo registro da doença, da dependência química, isto é, pautado em uma alta exigência, na RD parte-se de uma ética de cuidado que visa aumentar a qualidade de vida do usuário, independentemente se queira cessar o uso ou não (FONSÊCA, 2012).

Dito isto, segundo Richwin (2018), é importante ressaltar que a RD poderá ter a abstinência como objetivo, desde que seja convergente com o desejo do usuário. Neste ponto há que se destacar a complexidade desta questão: “desejo de ficar abstinente”, pois tal posicionamento tem dimensões situadas no paradigma proibicionista, isto é, construído em uma sociedade repressiva em relação ao uso de drogas, prescritiva em relação a modos de vida e de alta exigência individual, assim, por vezes o usuário apresenta uma demanda por cessar o uso de substâncias, sem se questionar sobre o significado dessa experiência para si e os recursos de enfrentamento em relação a esta realidade, pois “muitas vezes, na história de vida dos usuários o uso da droga não é, no primeiro momento, o fator que desencadeia o sofrimento, mas ele atua como forma de compensação a um desequilíbrio entre as esferas da vida do usuário” (BRASIL, 2015, p. 19).

Dessa forma, é possível afirmar que no contexto álcool e drogas da Saúde Mental, existem atravessamentos distintos, os quais impactam diretamente sobre o cuidado e a autonomia do usuário. Uma questão fundamental que permeia esse contexto refere se a verticalidade das relações entre profissionais e usuários e a passividade destes últimos, que não têm sido protagonistas do próprio cuidado, subordinados às iniciativas dos profissionais e aos serviços que estão vinculados. De acordo com Amorim e Dimenstein (2009), a Reforma Psiquiátrica contribuiu para o questionamento da centralidade do hospital psiquiátrico, mas ainda não avançou tanto na desconstrução do aparato de saberes que tem como função o assujeitamento.

O tema central abordado neste estudo trata do pressuposto de que falta autonomia aos usuários inseridos em serviços de Saúde Mental. A relevância do tema articula-se com toda a trajetória histórica do cuidado em Saúde Mental e por fim, com a necessidade de refletir sobre as práticas vigentes buscando efetivar o modelo de Atenção Psicossocial.

Será adotada a concepção de autonomia trazida por Kinoshita (2010), que considera a0utonomia “a capacidade de um indivíduo de gerar normas, ordens

para a sua vida conforme as diversas situações que enfrenta" (p. 57). Somos dependentes de diferentes coisas, entretanto o nó dessa problemática é quando essa dependência é restrita, ou seja, quando o usuário sai de casa apenas para frequentar o CAPS. Ainda afirma Kinoshita (2010), “somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida” (p. 57).

Esta falta de autonomia do usuário está diretamente associada à sua produção de valor no campo social, isto é o valor que a sociedade previamente atribui ao usuário em sofrimento psíquico grave nas diferentes relações de troca que este estabelece, o que impacta, consequentemente no seu poder contratual, na sua contratualidade na sociedade, pois os bens, as mensagens e os afetos desses sujeitos são deslegitimados e negativados (KINOSHITA, 2010).

A contratualidade é um tema em debate no campo da Saúde Mental, principalmente atrelado ao componente de Reabilitação da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011). Uma estratégia de Promoção de Contratualidade seria a do “acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana (...) contextos familiares, sociais e no território, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propicie a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia” (BRASIL, 2015, p. 12).

> Entendemos que fortalecer o poder contratual do usuário seja uma das maiores e mais difíceis tarefas dos reabilitadores. Sustentamos que se o serviço não conseguir criar possibilidades para efetivação de trocas, estará fadado ao insucesso, pois criou uma concepção errônea do que é reabilitar. Estará apenas fazendo o que o hospital psiquiátrico faz com o portador de sofrimento psíquico, institucionalizando a pessoa, cronificando-a e mantendo-a dentro, pois as portas abertas de um CAPS são sinônimo de liberdade, de autonomia e de participação comunitária. Faz-se necessária a informação para ampliar a oferta de escolhas, o incentivo a caminhar com as próprias pernas, a ruptura do institucionalismo (BABINSKI E HIRDES, 2004, p. 571).

Este trabalho propôs a inserção do Grupo da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), como intervenção promotora da contratualidade e consequentemente do aumento de autonomia dos usuários. A GAM surgiu no Canadá em 1993 e foi adaptada para a população brasileira em 2010. Trata-se de

> uma estratégia pela qual aprendemos a cuidar do uso dos medicamentos, considerando seus efeitos em todos os aspectos da vida das pessoas que os usam. A GAM parte do reconhecimento de que cada usuário tem uma experiência singular ao usar psicofármacos e de que importa aumentar o poder de negociação desse usuário com os profissionais da saúde que se ocupam do seu tratamento – sobretudo com os médicos, que são os que prescrevem os medicamentos (ONOCKO-CAMPOS, PASSOS, PALOMBINI *et al*, 2012, p. 07).

O guia consiste em um caderno, no qual se propõem temas relacionados ao autoconhecimento e ao uso de medicamentos, com o objetivo de possibilitar ao usuário a produção de novas relações com seus medicamentos e seu cuidado. Os princípios norteadores do GGAM são a autonomia e a cogestão.

A GAM preconiza a construção de uma nova forma de cuidado no sentido da relação do sujeito com os seus medicamentos, objetiva produzir autonomia no uso, contudo, não fica restrito, a metodologia pode produzir deslocamentos em outras esferas da vida, principalmente na relação do usuário com o serviço de Saúde Mental. Dito de outro modo, a GAM é um dispositivo que caminha na direção da experimentação.

Jorge e colaboradores (2012) apontam que a partir da utilização da GAM:

> o controle do tratamento se inverte para o polo usuário numa relação hegemonizada pelo saber técnico. O caminho para a autonomia na medicação é a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS e o reconhecimento das intersubjetividades na atenção à saúde e na formulação de pactos intersetoriais no território (p. 1558).

Desta forma, este estudo espera repercutir na reflexão quanto ao processo de trabalho dos CAPSad, pois "todos estão "trabalhando" na produção de subjetividades, principalmente aqueles que têm seu discurso legitimado, como "trabalhadores sociais" os mais variados (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 77) assim como, favorecer a criação de autonomia dos usuários inseridos no projeto de intervenção.

2 OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar se a participação em Grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) pode ampliar a contratualidade dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas (CAPS ad).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a. Favorecer condições de ampliação a autonomia do usuário em relação ao uso de psicofármacos.

b. Criar condições para o aumento da participação dos usuários em relação ao seu Projeto Terapêutico Singular.

c. Estimular a vinculação do usuário a outros espaços sociais do território.

3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata se de um estudo de abordagem qualitativa, que “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2001, p. 21). A pesquisa também contou com o tratamento de dados quantitativos que auxiliaram a interpretação do estudo.

O método parte do escopo das pesquisas participativas, através da Pesquisa-Intervenção, que “busca investigar a vida de coletividades na sua diversidade qualitativa” (...) e se coloca como “proposta de atuação transformadora da realidade sócio-política, já que propõe uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 66-67). Além disso, “pressupõe saber ouvir e conviver com o diferente, desenvolver atividades que possam constituir-se em acontecimentos analisadores, enfrentar os próprios limites e medos; registrar cada passo, cada reação e cada fala são processos importantes na coleta de dados” (GALVÃO E GALVÃO, 2017, p. 61).

Sendo uma “abordagem que se preocupa em compreender os jogos de interesse e de poder presentes no espaço de pesquisa” (GALVÃO; GALVÃO, 2017, p. 61), é fundamental considerar a presença da pesquisadora como trabalhadora/residente no serviço que pretende realizar o estudo. Assim, a Pesquisa-Intervenção adentra à questão da análise da implicação, isto é, “analisa-se o lugar que se ocupa nas relações sociais em geral e não apenas no âmbito da intervenção que está sendo realizada; os diferentes lugares que se ocupa no cotidiano e em outros locais da vida profissional; em suma, na história” (COIMBRA, 1995, p.66 citado por PAULON, 2005, p.23).

Segundo Galvão e Galvão (2017), a relação entre o pesquisador e a realidade de pesquisa é a forma com que se constrói o conhecimento de pesquisa, “o que significa dizer que há um processo mútuo de interferência que precisa ser considerado e analisado” (p. 56).

3.2 LOCAL PESQUISADO

A pesquisa foi realizada em um município localizado no estado do Paraná, segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano, encontra-se na Microrregião de

Curitiba e na Mesorregião Metropolitana de Curitiba. Sua população, no Censo de 2010 (IBGE), era de 117.008 pessoas e em 2018 era estimada em 130.789 - 48,55% da população residente masculina e 51,45% feminina (Atlas do Desenvolvimento Humano) -, tendo sua densidade demográfica em 1.922,42 hab./km² (IBGE). Sua área territorial é estimada em 61,137 km². Possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de 0,751 (IBGE), que é considerado alto.

A coleta de dados ocorreu em um CAPSad que atende pessoas a partir de 12 anos de idade, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida (BRASIL, 2015).

O trabalho no CAPS é realizado por uma equipe multiprofissional, de diferentes áreas, sendo elas: Enfermagem, Clínica médica, Psicologia, Psiquiatria, Assistência social, Terapia ocupacional, Administração e Artes. O equipamento em questão, no momento do estudo, contava com enfermeira, médico clínico geral e psiquiatra, 2 psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem, 3 instrutores de cursos livres, 2 auxiliares de serviços gerais, coordenadora e psicóloga residente em Saúde Mental.

As atividades realizadas no equipamento são grupos e oficinas terapêuticas, atendimentos individuais, Projeto Terapêutico Singular (PTS), busca ativa, visita domiciliar, projetos de prevenção, reunião de família e encaminhamentos.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram selecionados três usuários do CAPS ad para o estudo, por conveniência. O número reduzido deu-se a partir do cenário de pandemia pela COVID-19, o qual restringe aglomerações e atividades em grandes grupos.

Os critérios de inclusão adotados foram: a) Ser maior de 18 anos; b) Estar inserido em regime não-intensivo, semi-intensivo ou intensivo no CAPS ad; c) Estar fazendo uso de medicamentos psicotrópicos; d) Estar em condições de saúde física e psíquica para participar da pesquisa através dos grupos; e) Ambos os sexos; f) Voluntariedade a participação do grupo-intervenção; g) Autorizar a gravação (áudio) dos grupos/intervenção; h) Assinar o TCLE; e de Exclusão: a) Ser menor de 18 anos; b) Não estar inserido em regime não-intensivo, semi-intensivo ou intensivo no CAPS ad; c) Não estar fazendo uso de medicamentos psicotrópicos; d) Não estar em

condições de saúde física e psíquica para participar da pesquisa através dos grupos; e) descontinuar a participação do grupo-intervenção.

3.4 PERÍODO DA COLETA DE DADOS

A pesquisa ocorreu entre os meses de agosto à novembro de 2020, período em que se vivenciava a pandemia desencadeada pelo COVID-19 (Sars-CoV-2), desta forma, foram adotados protocolos de segurança tais como: higienização das mãos, uso de máscaras cirúrgicas oferecidas pelo serviço, embalagem para armazenamento da máscara de pano que o usuário estava usando anteriormente, distanciamento de 2m entre as cadeiras e ambiente arejado.

3.5 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA

A pesquisa ocorreu em quatro fases: 1ª Fase - Coleta de Dados Secundários, 2ª Fase - Aplicação de questionário sociodemográfico e entrevistas individuais, 3ª Fase - Experimentação da GAM e 4ª Fase - Novas entrevistas individuais.

3.5.1 DADOS SECUNDÁRIOS - DOCUMENTAL

Foram coletados dados secundários para adentrar à realidade do uso de medicação psicotrópica no CAPS ad em questão, através de relatório de prescrições de medicamentos do período de 01/03/2019 a 01/03/2020, gerados a partir dos prontuários dos usuários.

3.5.2 ENTREVISTAS INDIVIDUAIS

Os participantes foram entrevistados individualmente antes do início do grupo intervenção (GAM) e após o término dos encontros, através de roteiro semiestruturado (APÊNDICE A). As perguntas referiam-se ao uso de medicamentos, cuidado no CAPS ad e circulação em espaços comunitários. Concomitante à entrevista, também foi aplicado um questionário sociodemográfico (APÊNDICE B), para caracterização da população estudada.

3.5.3 EXPERIMENTAÇÃO DA GAM

A GAM (ANEXO 1) ocorreu em 10 encontros grupais em um período de quatro meses - agosto a novembro de 2020. Quanto à duração, os grupos tiveram

aproximadamente 60 minutos, sendo que o grupo mais curto durou 54 minutos e o mais longo durou 77 minutos.

Em algumas semanas, o grupo não aconteceu, pois havia apenas um usuário e após discussão, havia o acordo de deixar para a semana seguinte. Em duas semanas o grupo aconteceu com apenas um dos participantes e a pesquisadora/residente, em função do prazo de conclusão da intervenção. Uma das participantes, DSC, deixou o grupo após o 4º encontro, pois trocou de trabalho e seus horários não permitiam a continuidade; a usuária, contudo, participou da entrevista final para encerramento do processo.

Tendo em vista a complexidade do ato comunicativo em grupo e as possíveis reverberações das discussões do grupo para outros espaços coletivos do serviço, a pesquisadora lançou mão da ferramenta de diário de pesquisa.

> Para Lourau (2004a), o diário de pesquisa seria a narrativa do pesquisador em seu contexto histórico-social, um pesquisador implicado com e na pesquisa, e que reflete sobre e com sua atividade de diarista. Trata-se de uma técnica capaz de restituir, na linguagem escrita, o trabalho de campo, possibilitando "produzir um conhecimento sobre a temporalidade da pesquisa", aproximando o leitor da cotidianidade do que foi possível produzir num dado contexto, evitando interpretações "ilusórias", "fantasiosas" da produção científica (LOURAU, 1993, p. 51). Nesse sentido, o diário de pesquisa "permite o conhecimento da vivência cotidiana de campo (não o 'como fazer' das normas, mas o 'como foi feito' da prática)" (p. 77) (PEZZATO;L'ABBATE, p. 1302).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, com parecer consubstanciado favorável sob o n. 32120920.2.0000.5225 em 28 de maio de 2020.

Após a aprovação, a pesquisadora solicitou à equipe técnica do CAPS ad, indicações dos usuários que atendessem aos critérios de elegibilidade e estes foram convidados a participar dos grupos-intervenção através de contato telefônico, em função da pandemia COVID-19 que modificou a rotina do serviço, impondo intervenções remotas e restrição ao acesso presencial dos usuários.

Aos usuários que aceitaram participar da pesquisa foi realizada leitura conjunta do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além de autorização de utilização do som da voz, somente após assinatura destes documentos deu se início aos procedimentos de coleta. Foi garantida a privacidade e o sigilo quanto à identidade dos participantes, que serão identificados pelas iniciais de seus nomes:

DSC, FVS e LHP, assim como do material coletado será mantido em local seguro pela pesquisadora durante o período necessário de cinco anos.

3.7 ANÁLISE DOS RESULTADOS

3.7.1 DADOS SECUNDÁRIOS – DOCUMENTAL

Os dados referentes às prescrições de medicamentos do CAPS ad estudado foram extraídos a partir de relatório gerado pelo sistema do serviço, tendo como como base o período entre 01 de março de 2019 e 01 de março de 2020.

Foi realizada análise quantitativa dos dados, como levantamento do número de prescrições por usuário, bem como medicamentos mais prescritos, com o objetivo de subsidiar a análise qualitativa, apontando um possível perfil do serviço em relação à prescrição de medicamentos e continuidade do tratamento. Além disso, o serviço, através de seu setor administrativo forneceu dados em relação ao número de usuários vinculados ao serviço no período estudado.

3.7.2 ENTREVISTAS E GAM

O tratamento do material colhido foi realizado através da Análise de Conteúdo Temática, a qual, segundo Minayo (2008, p. 315), consiste na descoberta dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência significam alguma coisa para o objeto analítico visado. Ela desdobra-se em três etapas: Pré-Análise, Exploração do Material e Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação.

Realizou-se leitura vertical, que corresponde a leitura em sequência de cada um dos grupos focais e entrevistas, elencando-se temas emergentes. Posteriormente foi realizado o movimento de leitura horizontal, propiciando o cruzamento das temáticas em comum nos diferentes materiais. Os temas emergentes foram reunidos e sintetizados em categorias de análise.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 **FASE 1 -** DADOS SECUNDÁRIOS – DOCUMENTAL

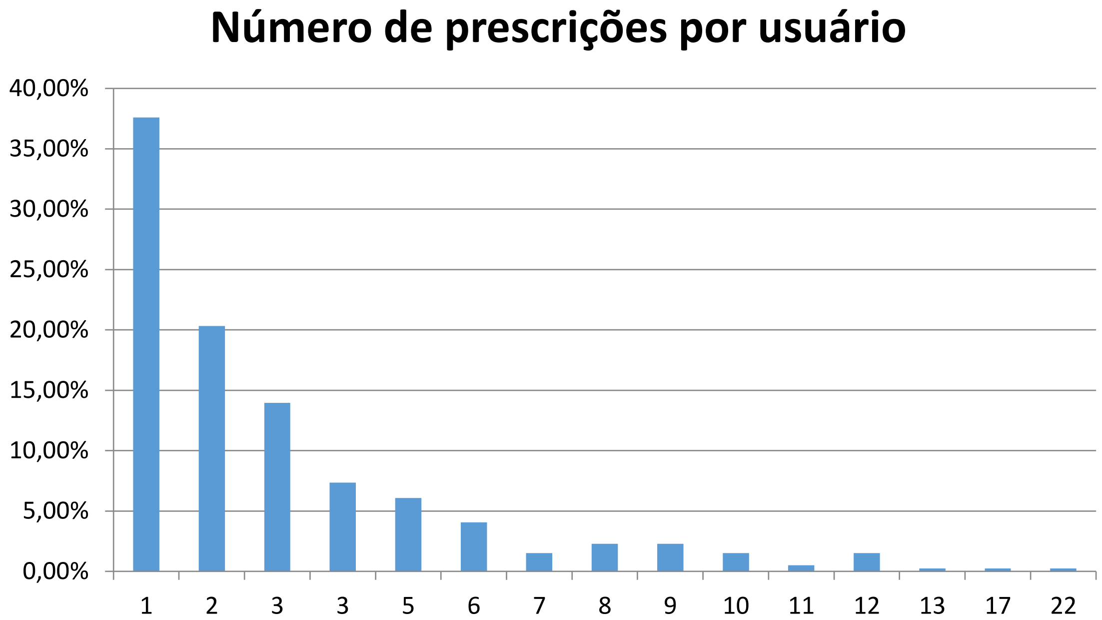
O estudo documental teve como foco reconhecer o cenário de utilização de medicamentos no CAPS ad pesquisado. Serão apresentados a seguir os resultados encontrados nos relatórios de medicamentos no período entre 01 de março de 2019 e 01 de março de 2020, momento anterior ao início da pandemia por COVID-19.

Identificou-se, a partir de levantamento do setor administrativo do serviço, um total de 948 usuários acolhidos no período; 198 usuários estiveram inseridos em atendimentos individuais e grupais durante o ano ou períodos do ano, 285 usuários frequentaram o período de avaliações – momento em que passam por atendimentos individuais com os profissionais da equipe, antes de serem inseridos nos grupos e oficinas -, 80 usuários tiveram alta ou foram desligados do serviço, por diferentes motivos: melhora, abandono, transferência e óbito, este último em menor escala.

Assim, entre usuários em avaliações, inseridos e que se desligaram do serviço no período pesquisado, obteve-se o número de 483 como total. Ressalta-se a possibilidade de duplicidade em certa medida nos dados, pois no levantamento não foi considerado usuários que foram acolhidos ou estiveram inseridos e/ou em avaliações mais de uma vez no período pesquisado.

Ao realizar o levantamento de dados a partir de relatório específico, identificou-se um total de 203.275 unidades de medicamentos prescritas no período. Quando analisado prescrição por usuário conforme gráfico 1, é possível apontar que 393 usuários receberam prescrição de medicamentos no período de 12 meses, isto é, 81,3% dos usuários inseridos ou em processo de avaliações receberam prescrição de medicamentos, sendo que 148 (37,5%) usuários receberam uma única prescrição, o que pode indicar a descontinuidade do tratamento ou um quadro de crise, sendo feito o manejo pelo serviço ou aguardando vaga de internamento em regime integral. 164 usuários (41,6%) tiveram de 2 a 4 prescrições no mesmo mês, o que sugere um possível processo de ajuste medicamentoso.

GRÁFICO 1 - Prescrições por Usuários

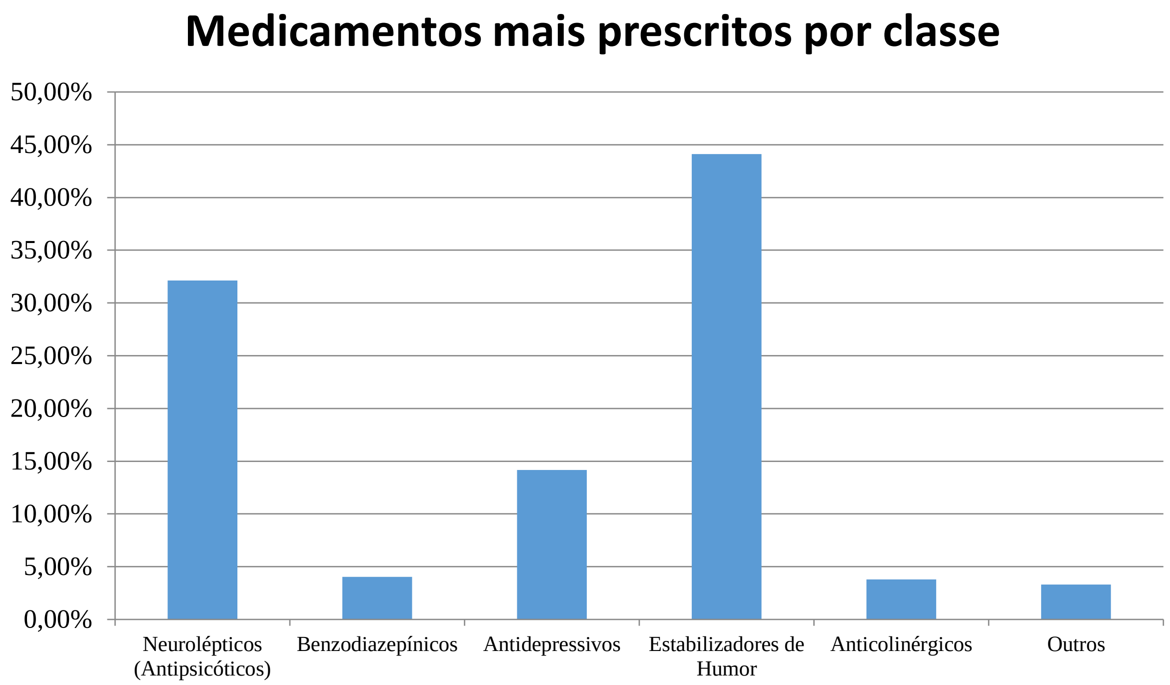


Fonte: Dados da Pesquisa, 2020. Elaborado pela autora.

É necessário apontar o alto índice de prescrições neste serviço, indicando que o recurso medicamentoso é largamente utilizado, principalmente no início dos atendimentos, ressaltamos que o perfil do usuário que chega ao serviço, em grande medida, se caracteriza como em quadro de crise com sintomas psicóticos em menor medida, mas frequentemente apresentando fissura e o/ou sintomas de abstinência. A questão de que quase metade não recebe uma segunda prescrição, pode ter múltiplos sentidos. Neste trabalho e a partir de sua discussão subsequente, destaca-se a hipótese de expectativas em relação ao papel da medicação e aos seus efeitos, bem como o nível de exigência do tratamento e uma possível postura medicalizante do serviço.

Quando analisado as classes de medicamentos mais prescritos – Gráfico 2 – identifica-se que são a dos estabilizadores de humor - que “agrupa algumas medicações que foram descobertas como capazes de evitar os ciclos de elevações e depressões patológicas do humor” (BRASIL, 2013, p. 168) - e os neurolépticos (ou antipsicóticos) - “agem basicamente bloqueando a transmissão da dopamina no cérebro, com efeitos motores (uma espécie de “contenção química”), hormonais (aumento da prolactina) e sobre o pensamento (melhora de sintomas psicóticos ou pensamento mais lento ou embotado)” (BRASIL, 2013, p. 157).

GRÁFICO 2 - Medicamentos por Classe

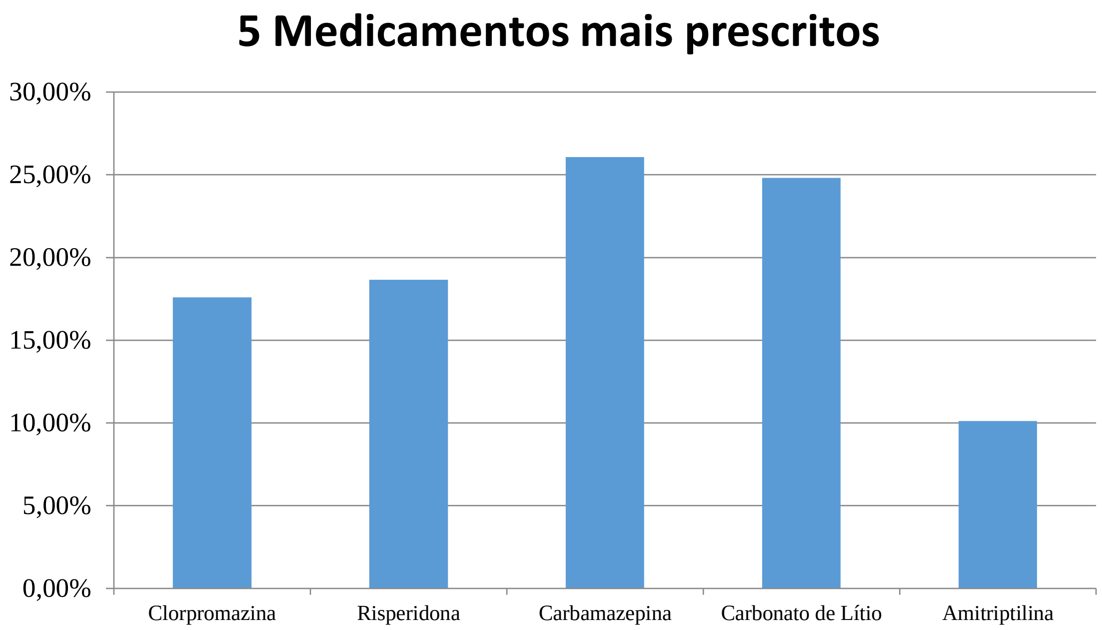


Fonte: Dados da Pesquisa, 2020. Elaborado pela autora.

No estudo de Ferreira e colaboradores (2020), no qual levanta-se o perfil farmacoterapêutico de um CAPS ad do nordeste brasileiro, tais achados não se repetem, indicando que as classes de medicamentos mais prescritas no serviço investigado são a dos benzodiazepínicos e a dos antidepressivos, principalmente utilizadas nas síndromes de abstinência. Entretanto, os autores ressaltam que “protocolos para tratamento farmacológico para usuários de drogas ilícitas ainda são escassos devido à sua complexidade e a piora do prognóstico dos poli usuários” (p. 61).

Em relação ao medicamento mais prescrito no CAPS ad - Gráfico 3 - aparece a Carbamazepina, estabilizador de humor/anticonvulsivante. Segundo Castro e Couzi (2006), tal psicofármaco, juntamente com a gabapentina e o topiramato, “demonstraram-se excelentes tratamentos para síndrome de abstinência do álcool e prevenção de recaídas” (p. 212).

GRÁFICO 3 - Medicamentos mais prescritos



Fonte: Dados da Pesquisa, 2020. Elaborado pela autora.

Diante dos dados expostos, segundo Jorge e Bezerra, no cenário atual da Saúde Mental no Brasil, pode-se dizer que "a prescrição de medicamentos psicoativos é a medida absoluta, quase que a única, utilizada como terapêutica, de modo que quase não há pacientes do CAPS sem usar continuamente esse tipo de medicamento" (p. 60).

Assim, "o cuidado está associado ao alto consumo de tecnologias duras, onde sua dimensão relacional é negligenciada (...) o modo de produção do cuidado gera a denominada "produção imaginária da demanda" (JORGE; SOUSA; FRANCO, 2013, p. 741), que seria uma demanda por medicamentos sentida como real para o usuário, mas que nem sempre se justifica tecnicamente.

E adentrando especificamente ao universo do sofrimento psíquico grave associado ao uso/abuso de álcool e outras drogas, Silva, Lima e Ruas (2020), em seu estudo sobre prescrições medicamentosas em diferentes modalidades de CAPS, apontam que os usuários de CAPS ad são os que apresentam maiores números de medicamentos em suas prescrições, dado que se confirma nas prescrições dos participantes desse estudo, que usam de 2 a 4 medicamentos.

Além disso, através dos dados deste estudo, evidencia-se a relação entre sofrimento e medicamento através da afirmação "trocar uma droga por outra", o

que, segundo Vargas e Campos (2019), é suavizado no discurso dos profissionais, com a justificativa de que:

> embora as drogas lícitas e ilícitas possam causar efeitos adversos, o uso das substâncias prescritas é apresentado como aceitável por possibilitar uma espécie de controle, enquanto as drogas ilícitas não. Essa perspectiva de controle se inscreve na lógica da biopolítica e adestramento dos corpos de Foucault (1988)" (p. 97).

4.2 **FASE 2** – DADOS DAS ENTREVISTAS E QUESTIONÁRIOS SOCIODEMOGRAFICOS

4.2.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

A partir dos dados coletados através do questionário sociodemográfico, apresenta-se a seguinte caracterização dos participantes da pesquisa:

QUADRO 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo:

Sigla de identificação	**Gênero**	**Idade**	**Cor/raça**	**Escolaridade**	**Renda**	**Estado civil**
DSC	F	31	Branca	Ensino Médio completo	1 a 3 salários-mínimos	Divorciada
FVS	M	43	Branco	Ensino Superior completo	Menos de 1 salário-mínimo	Solteiro
LHP	M	20	Preto	Ensino Médio completo	Menos de 1 salário-mínimo	Solteiro

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020. Elaborado pela autora.

4.2.2 USO DE DROGAS LÍTICAS/ILÍCITAS

Quando perguntados sobre quais substâncias psicoativas usam/usavam, todos fazem/faziam uso de múltiplas: todos respondem que usam/usavam álcool, dois usam/usavam cocaína, dois usam/usavam maconha e um usava crack e cigarros industrializados. Quantos aos psicofármacos, 2 participantes utilizam 4 medicamentos e 1 dos participantes utiliza 2 medicamentos:

QUADRO 2 - Medicamentos utilizados:

Sigla de Identificação	Medicamentos utilizados
DSC	Risperidona, Ácido Valpróico, Hemifuramato de Quetiapina e Topiramato
FVS	Haloperidol e Carbamazepina
LHP	Decanoato de Haloperidol, Levomepromazina, Ácido Valpróico e Cloridrato de Biperideno

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020. Elaborado pela autora.

4.2.3 HISTÓRICO DE INTERNAMENTO PSIQUIÁTRICO E ACOMPANHAMENTO EM CAPS

Um dos usuários passou por uma internação há mais de cinco anos, seguindo seu acompanhamento em serviço de base territorial nos anos que se seguem e sem novas internações. Outro usuário passou por duas internações - o usuário mais jovem do grupo, 20 anos -, sendo a última há aproximadamente seis meses e uma usuária nunca passou por internamento, tendo feito seu acompanhamento somente via CAPS ad. Assim, evidencia-se diferentes composições da trajetória assistencial dos participantes da pesquisa.

Quadro 3 - Histórico dos Usuários:

Sigla de Identificação	Número de internações	Tempo decorrido da última internação	Tempo de acompanhamento em CAPS ad
DSC	0	-	6 meses
FVS	1	Acima de 60 meses	60 meses
LHP	2	6 meses	Menos de 6 meses

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020. Elaborado pela autora.

4.2.4 PRINCIPAIS ACHADOS DAS ENTREVISTAS:

A seguir, são apresentados dados coletados, os quais indicam pistas sobre a relação dos usuários com seus medicamentos e a forma como se dá o cuidado no serviço, através de entrevista semiestruturada inicial:

DSC

A usuária DSC iniciou o uso de medicamentos psicofármacos há 5 anos, no momento da entrevista era responsável pelo armazenamento e uso de seus medicamentos. Fala sobre duas tentativas de suicídio por intoxicação exógena, sendo que nesses momentos sua mãe ficou responsável pelos medicamentos. A usuária sabia o nome dos seus medicamentos. Quanto à indicação deles, disse que sabia apenas da Risperidona e que entendia que seria para o controle de irritabilidade. Entre os benefícios advindos da medicação, DSC cita que lhe ajudou a dormir e a diminuir a vontade de fazer uso de álcool e outras drogas, já entre os prejuízos, relata dor de estômago e dor de cabeça.

Afirmou que conversa com a médica prescritora sobre os efeitos da medicação, principalmente para ajuste medicamentoso. Em relação aos horários, afirma que esqueceu de tomar os medicamentos na parte da manhã por algumas vezes, devido a não ser fixado um horário específico para tal. DSC relata que já fez várias interrupções no uso dos medicamentos, principalmente em situações que iria fazer uso de álcool e recentemente interrompeu esporadicamente a noite para poder assistir filmes com os filhos, já que sente muito sono. Além de duas tentativas de suicídio com a medicação, recentemente tomou seis comprimidos de Risperidona em um dia que não estava se sentindo bem, com o objetivo de dormir e não fazer uso de drogas.

Sobre outras formas de atendimento no CAPS ad, para além da medicação, DSC não as reconhece e cita a internação, a qual também não acessou. Como espaços para falar sobre o atendimento e os seus objetivos no mesmo, citou os atendimentos individuais. Seu objetivo no atendimento é a abstinência e voltar a produzir um projeto de vida. Afirma que não participa de outros espaços comunitários, além do CAPS ad.

FVS

O usuário FVS iniciou o uso de medicamentos psicofármacos há 5 anos, mas relata inúmeras interrupções e que acaba tendo ciclos, nos quais usa por meses e interrompe, volta a usar e interrompe. No momento da entrevista era responsável pelo

armazenamento e uso dos medicamentos. O usuário sabia o nome dos seus medicamentos. Quanto à indicação deles, disse que são para o "tratamento do alcoolismo", que mais especificamente, o Haloperidol seria para "modelar os pensamentos negativistas". Entre os benefícios advindos da medicação, FVS cita que sente um alívio e uma sensação de dever cumprido; já entre os prejuízos, relata o hábito de ter que tomar a medicação, os efeitos pelo uso da medicação de forma diferente da indicada, a interrupção dela, que lhe causa muita ansiedade e abstinência da medicação.

Afirma que conversa com a médica prescritora sobre como se sente com os efeitos da medicação. Em relação aos horários, o usuário relata que tem dificuldades em fazer a ingestão dos medicamentos pela manhã. FVS relata que já fez várias interrupções no uso dos medicamentos, que mantém um ciclo em que interrompe o uso a cada 3 meses. Relata que já tomou o dobro da dose prescrita, porque tinha uma expectativa de que teria um efeito mais rápido, isso aconteceu em um momento que tinha cessado o uso de álcool e que queria parar de fumar.

Sobre outras formas de atendimento no CAPS ad, para além da medicação, FVS cita as oficinas, grupos de Saúde Mental, internamento e "ajuda social", se referindo ao grupo de geração de trabalho e renda. Como espaços para falar sobre o atendimento e os seus objetivos no mesmo, citou o espaço da assembleia e dos grupos de Saúde Mental. Seu objetivo no atendimento é a abstinência, concluir a graduação e trabalhar. Afirma que não participa de outros espaços comunitários, além do CAPS ad, que anteriormente participava de um Centro Espírita, prestando serviços voluntários.

LHP

O usuário LHP iniciou o uso de medicamentos psicofármacos há 2 anos, no momento da entrevista era responsável pelo armazenamento e uso dos medicamentos, mas em momentos pós internamento, sua avó lhe auxiliava nesse sentido. O usuário sabia o nome dos seus medicamentos; quanto à indicação deles, disse que o Haloperidol seria para "dar uma tranquilizada", que a Levomepromazina seria para dormir, que o Biperideno seria para o contrário da Levomepromazina, isto é, para acordar e ajudar a sentir disposto durante o dia, enquanto o ácido Valpróico seria para controlar o humor e não ter vontade de fazer uso drogas. Entre os benefícios advindos da medicação, LHP relata que controla a vontade de usar drogas,

ajuda a dormir e a não ouvir vozes. Já entre os prejuízos, fala que sente seu corpo travado, que percebeu isso quando foi jogar futebol e atribui esse efeito ao Ácido Valpróico.

Afirma que não conversa com a médica prescritora sobre como se sente com os efeitos da medicação, que só responde quando ela pergunta. Em relação aos horários, diz que não apresenta dificuldades. LHP relata que fez uma interrupção no uso dos medicamentos quando começou a trabalhar, que sentia que os medicamentos lhe atrapalhavam. Diz que nunca fez uso da medicação em dosagem diferente da prescrita.

Sobre outras formas de atendimento no CAPS ad, para além da medicação, LHP cita os grupos realizados no serviço. Como espaços para falar sobre o atendimento e os seus objetivos no mesmo, relata que não percebe tais espaços, que antes existiam os grupos de Saúde Mental, mas após a pandemia eles não estão acontecendo. Seu objetivo no atendimento é "melhorar" e conseguir um emprego. Afirma que não participa de outros espaços comunitários, além do CAPS ad, esporadicamente joga futebol em uma praça ou em campo sintético; antes da pandemia ia à igreja.

4.3 **FASE 3** – EXPERIMENTAÇÃO DA GAM

A análise dos dados coletados resultou em quatro categorias de análise: GAM como metodologia para dialogar sobre a relação com as diferentes drogas; A produção do assujeitamento a partir do discurso da dependência química, A noção de processo e a produção de subjetividade como uma direção para a ética da Redução de Danos.

CATEGORIA 1 - GAM COMO METODOLOGIA PARA DIALOGAR SOBRE A RELAÇÃO COM AS DIFERENTES DROGAS

A discussão desta categoria inicia-se pela utilização do termo "drogas", que se refere às substâncias lícitas (álcool), as consideradas lícitas e terapêuticas, isto é, os medicamentos psicofármacos, quanto as ilícitas (maconha, cocaína, crack e muitos eteceteras), considerando que todas são substâncias psicoativas e permitem diferentes modos de relação, que são atravessados por questões sociais culturais e da história de vida de cada sujeito. Ressalta-se que "tal divisão entre drogas prescritas

e proscritas [precisa] ser revista, pois reeditam, de certa forma, a partilha moral de drogas boas e drogas ruins" (FREI; LOMONACO, 2019, p. 116).

Em outras palavras, "os usos medicamentosos e não medicamentosos de drogas requerem meticulosa preparação e não é possível distingui-los de modo absoluto, mas somente com base nos agenciamentos que os mobilizam enquanto tais" (VARGAS, 2006, p. 583). Tomando por base este posicionamento, em todos os grupos discutiu-se a relação dos participantes com as drogas (álcool e outras drogas) e a relação com a droga farmacêutica de maneira análoga, suscitando afetos, posicionamentos, expectativas e sofrimento:

> [...] a princípio...o que se espera de uma medicação em relação à substância, é que essa medicação supra a necessidade ou a falta da substância em prol de você mesmo. Você imagina que...a medicação que está lhe sendo prescrita vai ocasionar...a total inibição dos efeitos de abstinência que a falta da substância provoca e a medicação não é capaz de fazer isso. A medicação pode suprir alguns outros efeitos colaterais indesejáveis da substância, mas ela não é capaz de...promover a sua autossuficiência em relação à fissura sobre a substância (FVS, GAM 1).

A narrativa de FVS evidencia a expectativa de que o medicamento interviesse de forma efetiva na "fissura" - termo utilizado popularmente e também chamada de *craving*, que se constitui de pensamentos obsessivos em relação à droga, ligados a um desejo intenso de uso. Pode-se citar quatro tipos de *craving*/fissura: "como resposta à síndrome de abstinência; como resposta à falta de prazer; como resposta condicionada a estímulos relacionados às substâncias psicoativas; e como tentativa de intensificar o prazer de determinadas atividades" (ARAUJO *et al*, 2008, p. 58). Assim, aponta-se que não é apenas uma reação orgânica do indivíduo, ela "depende de fatores intrínsecos ao indivíduo, como a percepção subjetiva do fenômeno" (PINTO, 2015, p. 25-26).

O participante FVS aponta uma compreensão ampliada do que se trata efetivamente a fissura, que muitas vezes é atribuída unicamente como uma questão biológica e naturalizada como algo provocado pelo uso da substância:

> [...] é isso, porque a fissura...que dizem, não necessariamente é a vontade de você utilizar a substância. Você sente...emoções, que são incompatíveis com o seu bem-estar. As emoções, principalmente ansiedade...se você sente o seu sistema nervoso central debilitado, você perde a capacidade psíquica de realizar as coisas e isso de acordo com a vontade, né? (FVS, GAM 5).

Outro aspecto evidenciado pelo grupo, trata da expectativa de que o medicamento possa cessar o desejo pela droga. Ressalta-se a escassez de

produções científicas em relação ao tema das drogas prescritas e proscritas, corroborado por Vargas e Campos (2019) quando citam em seu estudo, que “não foram encontrados na literatura trabalhos direcionados a compreender a utilização de psicotrópicos nos CAPS ad, a partir da relação imbricada entre as drogas lícitas e ilícitas” (p. 83).

> [...] daí você acha que porque você tá tomando a medicação, você vai aguentar de ficar olhando e não sentir vontade, não sentir desejo e...não é assim que funciona (Ainda chorando; fala com raiva) (DSC, GAM 5).

Nos achados também se encontra uma expectativa em relação à medicação como um agente substitutivo ao efeito alcançado pelo uso da substância:

> [...] sabe por quê? Por que que muita gente deixa a medicação? Porque ele acredita que a medicação vai lhe trazer o mesmo efeito que a substância. Que bom que fosse, né? Imagine se você tomasse o medicamento que a gente tá tomando e sentisse o mesmo efeito da substância...seria a substância...em medicamento (FVS, GAM 4).

Fica evidenciado o uso do medicamento, muitas vezes, na busca de um substituto a substância de origem, tornando se um aspecto relevante a ser ponderado pelo profissional prescritor, sendo assim, essencial atenta-se para a função e sentido singulares do uso de drogas (RIBEIRO; FERNANDES, 2013), que se repete na relação com o medicamento.

Outro aspecto descrito nas narrativas trata da frequência de uso do medicamento, que é pré-determinada por um agente externo (médico) e a frequência de uso da droga, que é definida pelo próprio usuário, a partir de seu desejo e possibilidades de adquirir a substância:

> [...] e você não consegue controlar também, por exemplo, a medicação, você tem ali, você vai tomar dois comprimidos por dia...você toma os dois comprimidos por dia. No caso da substância...é variável. Você pode hoje tomar uma dose...amanhã você toma mais uma dose...mas, na sexta-feira, você vai lá e fala: hoje eu vou tomar o dobro e você acaba...caindo no prejuízo (FVS, GAM 4).

Vão sendo acentuadas as diferenças entre as drogas e as expectativas do sujeito. Há relatos no grupo de que em alguns momentos os usuários aumentam a dose da medicação, com o objetivo de sentir um efeito mais intenso, utilizando o mesmo mecanismo de relação com as outras drogas. Além disso, fala-se do efeito progressivo do medicamento contínuo em relação ao prazer imediato que é encontrado no uso de drogas:

> [...] na droga você encontra na hora! É...esse é o principal fator que leva a ter recaídas...a dedicação. Vai demorar...semanas, até um mês pra fazer efeito. Dias, semanas, um mês pra fazer efeito...a substância ilícita, a droga, ela tem efeito imediato (FVS, GAM 8).

Há também uma tentativa de compreender o fenômeno de uso de drogas para além do olhar da saúde e questionar o papel central do medicamento na terapêutica, nesse sentido:

> [...] porque tem essa questão...que dizem que até é espiritual, o alcoolismo é uma doença...que para alguns que são mais religiosos, eles acreditam que isso é uma doença espiritual [...] que gera dependência física, por isso que ela ultrapassa a barreira da dependência física, se fosse somente a dependência física, o psicofármaco resolveria a nossa questão, seria...a partir da ingestão da medicação, você passaria a se sentir bem e pronto. (FVS, GAM 5).

Além de questionar o medicamento como intervenção central, abre-se a discussão para os afetos, sentimentos e formas de socialização envolvidos no contexto de uso:

> [...] é, é bem isso, a maneira que você se sentia, como você...agia, a maneira que as pessoas te viam quando você tava...quando você tava, é...vamo falar, bêbado, né? Por quê...né? Alcoolizado, assim. Você não é nem um pouco do jeito que você é sempre, alcoolizado. Mas é totalmente diferente, você é totalmente diferente (DSC, GAM 5).

Dessa forma, a partir da discussão sobre os medicamentos, a GAM atua como um potente dispositivo para provocar o diálogo sobre a relação com as drogas, suscitando trocas de experiências e construção de recursos psíquicos para lidar com o sofrimento advindo da experiência de uso.

Também evidencia que as formas de respostas tradicionais à dita dependência química pouco se aprofundam no fenômeno da experiência subjetiva e social, realizando a mera introdução de uma substância moralmente aceita e valorizada numa cultura em que o modelo biomédico é fortemente enraizado. Assim é importante destacar em relação ao posicionamento adotado neste estudo, que “recusar o consenso moral não significa fazer apologia às drogas, mas alimentar a controvérsia em busca de alternativas consequentes que levem em conta a afirmação eticamente sustentada da pluralidade imanente dos modos de existência” (VARGAS, 2006, p. 584).

CATEGORIA 2 - A PRODUÇÃO DO ASSUJEITAMENTO A PARTIR DO DISCURSO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

O uso abusivo de álcool e outras drogas historicamente é representado

> [...] no imaginário social como problema associado à criminalidade e periculosidade. Tal fato reforça a construção de um discurso coletivo permeado de estigma e preconceito relacionado às pessoas que consomem substâncias psicoativas, desencadeando a marginalização e segregação social desta população específica, a qual recebe denominações moralistas e estigmatizantes, tais como marginal e vagabundo (ZERBETTO *et al*, 2020, p. 2).

Recentemente, quando ganha o estatuto de “doença” a partir do enfoque da Psiquiatria, fortemente marcado pelo modelo biomédico, “o objeto droga torna-se responsável por causar a doença” (SANTIAGO, 2017 citado por SCHIMITH, MURTA; QUEIROZ, 2019, p. 2), o que pode resultar numa postura de desresponsabilização por parte do usuário, sendo um obstáculo às formas de cuidado que apostam em posturas ativas e na corresponsabilidade. No espaço da GAM, posicionamentos subjetivos atravessados pelo discurso da dependência química apresentaram-se de forma bastante significativa.

No segundo grupo ao inserir a frase “eu sou uma pessoa, não uma doença”, disponibilizada no guia, houve o diálogo em relação ao que essa afirmação provocava, sendo representado pelo seguinte enunciado:

> [...] então, imagine, que nem, que eu sou uma pessoa, não uma doença, né? Isso daqui chega a ser...como que eu posso lhe dizer...chega a ser...depressivo a gente escutar isso. Que quando eu mesmo cheguei a essa conclusão sobre mim mesmo, que eu vi que eu tinha que buscar tratamento (FVS, GAM 2).

A utilização da frase objetiva ampliar a imagem que o usuário tem de si mesmo, no sentido da conhecida afirmação de Franco Basaglia (1981) precursor da Reforma Psiquiátrica italiana, que tem forte influência na Reforma Psiquiátrica brasileira: “é preciso colocar a doença entre parênteses”, isto é, olhar para o sujeito em sua experiência e não meramente para um conjunto de sintomas.

O sentido apropriado pelo grupo foi o de que alguém que afirma que é uma pessoa e não uma doença, está em uma posição de negação em relação à dependência química, contrariando as máximas que são propagadas em serviços que lidam com essas questões: “o primeiro passo é aceitar que tem uma doença”, em outras palavras, a admissão de uma certa impotência, fortemente influenciados por modelos proibicionistas, como o dos Alcoólicos Anônimos (RODRIGUES; ALMEIDA, 2002).

Percebe-se, a partir da influência de modelos mais rígidos, a reprodução de mecanismos subjetivos que operam de forma maniqueísta entre o uso e a abstinência:

> [...] olhando esse cartaz [metodologia utilizada para trabalhar os efeitos da medicação em diferentes áreas da vida], me fez lembrar o que eu escrevi no meu celular: escolher entre a dor da cura ou a anestesia da doença. Eu escrevi isso no celular e agora, todo dia eu olho isso aí. Eu tive que escrever isso aí. Escolher entre a dor da cura...porque a cura...com certeza vai me trazer dor ou a anestesia da doença, a doença nos deixa anestesiado, o álcool nos deixa anestesiado. Qualquer tipo de substância deixa a gente anestesiado, então, eu preferi escrever isso: escolher entre a dor da cura...ou anestesia da doença. Só que a pergunta é: eu escolhi? Eu coloquei uma pergunta, né? (FVS, GAM 5).

A narrativa ilustra o processo diário de estar se deparar com tudo que envolve o uso de drogas e a adoção de uma postura proibicionista, que não permite a construção de um caminho singular para dar sentido ao uso contextualizado em uma determinada sociedade, cultura e história de vida.

> A abstinência delimita um campo de práticas totais que fazem do universal de uma ancora de produções de verdades sobre o homem, sobre a saúde, sobre a vida e define uma regra única para todos os indivíduos (...) um sentido forte de singularidade deve pressupor uma relação em que o caminho para cada caso tenha como referência a constituição não de um plano geral e universalmente válido, mas um plano de constituição de coletivos e produção do comum (SOUZA; CARVALHO, 2012, p. 50).

Outro momento fundamental foi a discussão sobre a escolha ou não em tomar medicamentos:

> [...] não. É que... a medicação...pra mim foi prescrita...porque eu procurei ajuda, né? Então, não foi uma imposição do tratamento, foi uma condição do tratamento. Eu vejo como isso (FVS, GAM 5).
>
> [...] acho que pra mim não foi escolha...a Dra. K. não me perguntou se eu queria tomar a medicação! (risos) Se ela perguntasse, eu ia falar que não...porque, por mim, eu poderia vir aqui e fazer todos, todos os tratamentos possíveis sem tomar medicação, porque eu não queria tomar medicação de maneira nenhuma. Então, acredito que pra mim, eu não, eu não quis tomar (DSC, GAM 5).

Importante destacar que os usuários nunca haviam se questionado em relação à escolha do medicamento. Um dos usuários afirma que entende a medicação como uma condição do tratamento e a outra usuária explicita que não percebe que foi oferecida outra forma de tratamento, porque se tivesse, ela não faria uso da medicação. Tais falas indicam a forte presença do modelo biomédico e asilar, que, nesta perspectiva mostra-se como tratamento e não como cuidado: “a ação de cuidar objetiva desencadear tudo que mobiliza a energia de vida, enquanto o tratamento

busca apenas circunscrever a doença, detê-la, atenuar seus efeitos, limitando seus prejuízos" (BORGES; QUEIROZ e SILVA, 2011, p. 1428).

É possível perceber também que há uma forma própria e individualizante de pensar a rede de apoio e consequentemente a autonomia:

> [...] para a relação de uso de medicação...não se pode contar muito, não. Porque quem está tomando a medicação é você. Você não pode por isso...nas mãos de ninguém. Eu aprendi isso. Colocar uma pessoa para administrar a medicação para você não é bom. Tira o princípio do que é a autogestão da medicação. Não é o melhor (FVS, GAM 6).

A participante segue dizendo: "Olhe...em relação à minha medicação, eu só posso contar comigo mesmo" (FVS, GAM 10). As abordagens que visam à abstinência como único objetivo, se pautam no esforço individual para que o usuário se mantenha sem fazer o uso e que essa forma de abordagem pode ser generalizada para outros aspectos da vida do usuário, como a rede de apoio, que vê como perda de autonomia, quando entende esta última por independência e/ou autogestão. Entretanto, distancia-se do entendimento de autonomia como ampliação de possibilidades (KINOSHITA, 2010).

Outro aspecto que surge no grupo e torna se relevante a ser discutido refere-se à dependência química e a hereditariedade:

> [...] eu tenho uma necessidade de tomar uma bebida alcoólica. É porque na minha família todo mundo...tem essa questão. É uma questão hereditária. Eu tenho isso, porque eu já perdi meus dois avós. Eu não conheci nenhum dos meus dois avós, porque eles faleceram...muito cedo, devido ao uso de álcool (...) segundo o meu pai, o meu avô tomava álcool misturado...com alguma coisa de vontade de beber. Morreu com 45 anos. Quando a doença o pegou, foi geral. Ele não sobreviveu mais um ano. É por isso que na...eu não posso ter contato com esses tipo de substância, porque eu tenho pré-disposição. Eu tenho predisposição ao alcoolismo (...) .meu pai molhava a minha chupeta na bebida e dava pra mim. Agora, imagine uma criança que não largou...da chupeta, vai experimentar bebida alcoólica. Ou o que é pior, você toma um restinho que fica da...uma caipirinha...fica aquele açúcar doce no final. Você vai e toma aquele restinho. É açúcar com álcool (FVS, GAM 8).

Fica evidente a crença de que a genética tem papel determinante no uso abusivo de álcool, sobre o que não há o que se fazer, pois seria uma "predisposição", algo que já antecede a existência do sujeito. Não há uma abertura para pensar contextos e relações familiares, a reprodução de formas de comportamento e sofrimentos transgeracionais, além do impacto de uma exposição precoce a este contexto complexo. Nesse sentido, a dependência, doença já existente anteriormente ao sujeito, que apenas a assume, sem escolha, apresenta-se a noção de não existir "cura":

> [...] eu aprendi que, digamos...a gente e o alcoolismo é como se a gente tivesse acendido uma vela...quando você para a vela foi apagada. Quando você volta a beber, aquela vela é acendida, só que ela é acesa do ponto que em que ela parou. Ou seja, a sua vela já está pequena, ou seja, você não tem mais a capacidade...de se manter, digamos...como um bebedor social (FVS, GAM 5).

Identifica-se uma noção de que o sujeito vai sendo consumido, assim como uma vela, apontando para um caráter de irreversibilidade. Tal postura se torna um obstáculo para a produção de recursos de enfrentamento e sentido na experiência de sofrimento em relação ao uso, a metáfora expressa uma ideia de aniquilação, a qual vai ao encontro do prognóstico altamente difundido na área: "a dependência química é uma doença sem cura". Mais uma vez destaca-se a influência do modelo asilar, a partir do qual se busca a remoção ou tamponamento dos sintomas (COSTA-ROSA, 2000).

Percebe-se também um movimento reativo ao deparar-se com novas informações em relação ao medicamento:

> [...] eu não...antes do grupo, eu não tinha...uma visão...uma visão diferente. Eu não tinha a noção...do que é interação medicamentosa. Eu jamais imaginei que um cigarro pudesse tirar todo o efeito da medicação. Agora que eu sei disso, eu vou ter que parar de fumar cigarro. Eu vou ter que ficar internado dentro da minha própria casa. Agora eu tenho a intenção de não sair pra fora do meu portão nesses períodos, né? Acabando esse grupo aqui, assim, sinceramente, eu não vou sair de dentro a minha casa, não...porque eu não consigo...viver mais com isso. Eu não aguento mais essa pressão de dependência química. Eu não suporto mais, não. Eu tenho...eu já tive vontade de me matar...mas a vontade de se matar não quer dizer que eu tenha vontade de morrer. É uma vontade de se livrar da situação em que eu me encontro (FVS, GAM 9).

Assim, ao perceber as consequências das interações entre substâncias, o usuário coloca como alternativa o isolamento social como necessário à abstinência, se sente impelido a parar de fumar, se "internar em casa" e queixa-se da pressão envolvida neste rígido movimento. Aqui é possível indicar o quanto o registro da dependência química é contrastante com o modo psicossocial que tem como seu *lócus* social a comunidade, tem como objetivo a reinserção social e aposta na participação popular. O isolamento, como expressão do funcionamento do hospital psiquiátrico, é entendido, a partir da lógica da Atenção Psicossocial, como um fator de risco à Saúde Mental. "O isolamento social institucionalizado e as práticas de intervenção que não prescindem da condição de monitoramento integral e vigilância baseada na heteronomia não podem se credenciar ao desenvolvimento e formação da implicação subjetiva, nem tampouco da autonomia" (LOPES, 2018, p. 8).

Entretanto, no registro da dependência química, parece ser visto como “protetivo” em relação a uma norma proibicionista, pois estaria evitando a exposição a cenas de uso e locais de comercialização de drogas.

É importante destacar que um dos objetivos da metodologia GAM é aumentar a participação do usuário no seu próprio cuidado, assim as ferramentas trabalhadas caminham nessa direção. Contudo, quando perguntado ao grupo, na reta final do processo, o que significa a participação no cuidado, afirma-se:

> [...] pra mim significa abstinência total. Eu tenho a certeza de que pra mim a única solução é abstinência total. Não adianta eu querer fumar um cigarro...não adianta eu querer tomar uma cerveja...não adianta eu querer fumar um cigarro, um baseado, pra mim tanto faz. Eu não consigo. Eu não consigo...mais viver nesse mundo. Eu tenho medo de enlouquecer!” (FVS, GAM 9)

Dessa forma, sugere-se que o significado de participação está atrelado a estar no controle de si mesmo e da situação. Expressa-se intenso sofrimento sobre a forma de viver e conduzir a trajetória assistencial, mas não se questiona o modelo que produz e sustenta essas abordagens. E por último, o usuário rotula-se, reproduzindo o processo de estigmatização:

> [...] por exemplo...eu cheguei à condição...que eu estou hoje aqui. Que eu lhe falei que eu não posso ter sequer contato com pessoas que fazem uso de drogas. O meu grau de dependência é muito forte. E pra mim tanto faz...se eu...eu não...eu não tenho...dependência por uma droga em específico...por exemplo, uma pessoa que só bebe, é um alcoolista. Uma pessoa que só fuma, é um fumante. Uma pessoa que somente faz uso de droga é um drogado. Eu sou as três pessoas em uma só (FVS, GAM 9).

A partir da discussão apresentada, evidencia-se todo um aparato de saberes, moral e cultural que subjetiva em direção à passividade, à rigidez e ao isolamento, o que apresenta significativo peso na vida do usuário, que é capturado pelo registro da doença, da herança genética e da simplificação do que seria entendido por cura no campo da Saúde Mental.

CATEGORIA 3 - A NOÇÃO DE PROCESSO E A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE COMO UMA DIREÇÃO PARA A ÉTICA DA REDUÇÃO DE DANOS

Para além da interlocução em relação à medicação, a GAM possibilitou um amplo diálogo sobre drogas, como já exposto anteriormente e junto a isso, a possibilidade de intervenção no sentido de questionar os saberes instituídos pela

psiquiatria acerca do diagnóstico de dependência química e promover formas mais flexíveis de se relacionar com o próprio uso de substâncias psicoativas.

> Nesta lógica, sustentar uma clínica que valoriza a experimentação favorece a criação de sentidos, trabalhando com a subjetividade dos sujeitos, a fim de tirá-lo da condição de doente, de marginalizado, criando condições para a autonomia sobre a sua própria vida e responsabilidade sobre suas escolhas (ESTAUBER; GUIMARÃES, 2017, p. 282).

Durante a trajetória de experimentação da GAM, em muitas situações foi citada a relação com a comida para traçar paralelos com a relação com as drogas. Falava-se que a abstinência seria tal qual uma dieta alimentar, em que se excluíam grupos alimentares ou determinados alimentos da rotina alimentar da pessoa, também apoiada em modelos restritivos.

Essa analogia permitiu à pesquisadora/residente intervir no sentido de lançar provocações para pensar em outras formas possíveis de alimentação que não envolvessem práticas restritivas, que muitas vezes geram comportamentos compulsivos na sequência. Assim, ao fazer paralelos com outras relações disfuncionais/toxicomanias, como com a comida, apontava-se para abordagens mais flexíveis, frisando o papel determinante da restrição na produção do desejo pelo objeto “proibido”. Também tentou-se romper com o sentimento de fracasso quando a pessoa fazia o uso/comida um alimento “proibido”, sendo valorizado a noção de processo e de cuidado com saúde.

A vivência do grupo permitiu ainda discutir a transformação histórica do entendimento do que é saúde, na tentativa de apontar para modelos mais comprometidos com a produção de vida. Um recurso de grande efeito foi ler os depoimentos de outros usuários que participaram da GAM, os quais estavam disponibilizados no guia, provocando processos de reflexão e identificação:

> [...] que saúde, na verdade, quem entende de Saúde Mental, cada um tem a sua. Ela diz aí que ela não tá dentro dela, que realmente ela não tá ali com ela em momento nenhum, ela entende dela e ela sabe o que ela tá sentindo. Então, não é nenhum profissional que vai falar "ah não! O que você tá sentindo é assim, assim. Não é assim, o correto não é isso, o correto é esse!" O correto quem sabe sou eu! Se é correto ou não pra mim...é à minha maneira de ver, a minha maneira de sentir. Então, eu acredito que...eu...que é isso (DSC, GAM 1).

Tal narrativa aparece num contexto de discussão em que se falava de como era relativamente simples conseguir um diagnóstico para vários tipos de experiências ao entrar em contato com os mais variados tipos de sentimentos e emoções humanas,

os quais, muitas vezes, estavam situados no tempo e relacionados a vivências específicas do sujeito. Assim, questiona-se o poder socialmente conferido ao profissional de saúde e valoriza-se o saber de si e da própria experiência. Nesse sentido, também se questiona o modelo de atendimento médico, o qual se aproxima pouco do usuário:

> [...] a gente tem uma consulta por mês, uma consulta a cada seis semanas...a gente não tem tanto...a psiquiatra sabe da gente a partir do prontuário, que é colocado no sistema...a psiquiatra, ela não tem...um conhecimento...sobre a pessoa, ela tem um conhecimento...sobre as informações que tem sobre a pessoa. Ela tem informações sobre a pessoa, mas ela não tem conhecimento sobre a pessoa (FVS, GAM 9).

Fica evidente a escassez de fontes de informação e o recorte limitado que o médico tem acesso para basear sua prescrição medicamentosa, características próprias de um tratamento ambulatorial.

Outro assunto que repercutiu no grupo foi a discussão sobre os direitos do usuário de saúde, principalmente quando cita-se que todo usuário tem "a liberdade de permitir ou recusar qualquer procedimento médico, assumindo a responsabilidade por isso. E não pode ser submetido a nenhum exame sem saber" (4º princípio)." (ONOCKO-CAMPOS, PASSOS E PALOMBINI *et al.*, 2012, p. 53). Os usuários não tinham conhecimento que podiam recusar procedimentos médicos, inclusive a prescrição de medicamentos, o que causou surpresa e que evidência de forma ilustrativa a naturalização de condutas prescritivas e verticais na área da saúde.

Por outro lado, desvelaram-se movimentos no sentido de maior participação no atendimento médico durante o processo de grupo. Um dos usuários estava com dificuldades em tomar a medicação na parte da manhã, havia feito a autogestão, ingerindo um comprimido a mais na parte da noite. Em seguida teve atendimento médico e falou sobre isso com a médica prescritora:

> [...] conversei. Ela disse que não tem problema, contanto que eu tome um durante o dia e dois a noite e não tome menos que três, eu tenho que tomar...três Carbamazepina, que se eu não me engano são 200mg. É o que eu preciso para o meu tratamento (FVS, GAM 8).

Essa experiência retrata o caminho para uma gestão apoiada, que envolve a experiência do usuário e o olhar médico sobre essa questão, abrindo uma negociação, se aproximando de uma gestão mais autônoma da medicação.

A GAM também se mostrou como espaço de ressignificação de experiências anteriores com a medicação. Um dos usuários utilizou um medicamento

antidepressivo sem prescrição médica anteriormente e expressa que hoje entende que talvez a sua necessidade fosse a de fala naquele momento:

> [...] Ó, eu não estava com depressão, talvez eu estivesse com...passando por uma semana difícil, por uma situação difícil. Eu acredito nisso, eu estava vivendo uma situação difícil. Não havia nada de errado com o meu organismo (...) talvez eu precisasse apenas de uma sessão de psicologia...pra compreender a mim mesmo e a minha relação com o mundo exterior (FVS, GAM 8).

Houve também a possibilidade de discutir temas cruciais, como a interação entre substâncias, de uma forma aberta e dialogada:

> [...] Como que foi? Pra mim foi esclarecedor. Digamos, eu não tinha a compreensão...técnica, né? Que uma coisa é você tomar um medicamento que lhe é indicado, né? Por exemplo, o médico lhe deu a prescrição médica, toma três vezes ao dia e pronto! Mas, por exemplo, ninguém me falou que um cigarro podia tirar o efeito da medicação. E sinceramente, eu tenho a certeza disso. Digamos, o fato de eu...fumar cigarro, fumar maconha e ter essas minhas recaídas, a medicação tá passando batida. Ela não tá tendo o efeito, eu não consigo...o meu organismo não consegue aceitar a medicação, porque eu fumo cigarro...eu não sabia disso e eu comecei a perceber isso, porque...mesmo com o uso da medicação, a minha vontade...pelo uso de substâncias só aumentou (FVS, GAM 9).

Quando o usuário afirma que nunca haviam lhe dito que o cigarro pode interagir com a medicação, neste caso, diminuindo a eficácia do Haloperidol, pode indicar que há pouca discussão no CAPS ad no sentido de Educação em Saúde. Contudo, é fundamental discutir a ética e a direção da Educação em Saúde, para que não se torne um espaço rígido e catequizador em relação a práticas proibicionistas, mas que caminhe para o sentido da maior participação do usuário no cuidado.

Essa questão de poucas informações em saúde serem trocadas dentro do serviço aparecem novamente quando os usuários são perguntados sobre como gostariam de agir em relação à medicação, caso fossem profissionais de saúde:

> [...] olha...a primeira abordagem...seria explicar para a pessoa sobre...os efeitos...colaterais do uso de substâncias, por exemplo. Eu focaria nisso (...) O que eu posso sugerir pra pessoa é que...mude o seu contexto social (...) seria essa a minha abordagem (FVS, GAM 9).
> [...] eu ia informar pra eles tudo que eu aprendi aqui e informar pra eles tudo sobre o...é, os efeitos colaterais dos remédios, é...quando você pode tomar, quando não pode, qual a substância pode fazer ingestão ou uso...após a...após tomar o medicamento. Ia dar todas as
> informações, basicamente, tudo que eu aprendi aqui (LHP, GAM 9).

Tais afirmações podem sugerir que em última instância, os usuários estão expressando a forma como gostariam de ser atendidos, mas também apontam para o tradicional modo de falar sobre saúde, no qual o especialista “dá” informações (como

se as detivesse) a alguém que não as “possuía”, isto é, o modelo de Educação para a Saúde, o qual “se aproxima das características do modelo biomédico” (...) e “o papel do profissional que o profissional de saúde assume é de detentor do conhecimento correto para tratar cada problema” (VERDI, BUCHELE E TOGNOLI, 2010, p. 14). Assim, é urgente pensar em formas de dialogar que fujam de modelos expositivos e que partam da experiência e da valorização dos saberes dos usuários.

Algo que também foi provocado pelas discussões da GAM foi o diálogo sobre o diagnóstico dos usuários, que demonstraram interesse em conhecer o código de seu diagnóstico, a partir do Código Internacional de Doenças (CID-10). Para além de um conjunto de sintomas, a pesquisadora/residente propôs que se falasse sobre a experiência de sofrimento que estava resumida por aquele código:

> [...] eu escrevi no F200, eu escrevi como que eu sinto quando eu tô sob...sob a crise de esquizofrenia: eu escuto vozes e me sinto perseguido” (LHP, GAM 7). E quando perguntado sobre como é a experiência de escutar vozes, diz: [...] ah! É ruim! Não é boa, não. Que as vozes, elas sempre...sempre ameaçam, falam coisas assim, do tipo, pra me amedrontar...a maioria delas (...) eu acho que tem alguém me seguindo, me, é...indo atrás de mim. Sinto aquele negócio (LHP, GAM 7).

Sobre o diagnóstico de dependência de múltiplas substâncias, afirma: “Eu coloquei que eu tenho dependência da maconha, né? Que eu faço uso e eu não consigo parar de fazer uso (...) ah! É ruim que depende dela, né? (LHP, GAM 7). E quando perguntado sobre a experiência, diz: “Ah! Eu me sinto bem, eu me sinto em paz. (...) Ah! O pensamento voa, vai longe!” (LHP, GAM 7). Outro usuário fala:

> [...] hum...meus pensamentos são fragmentados...como que eu posso te explicar isso? Digamos...eu tô fazendo uma coisa e pensando em outra, digamos, não existe...eu não consigo pensar...por muito tempo em uma coisa só (...) E a sensação de não pertencimento. Eu...eu acredito que eu não pertenço a lugar nenhum (FVS, GAM 7).

Ainda, é possível dizer que um espaço de diálogo como a GAM possibilitou avanços na relação terapêutica com alguns usuários:

> [...] eu fico...esse é um problema meu...eu reprimo os sentimentos. Eu não consigo colocá-los para fora. Aqui eu até consigo agora, depois que eu comecei a fazer o grupo, né? Mas, digamos, é muito difícil pra mim...foi difícil pra mim aceitar...a minha doença (FVS, GAM 9).

O grupo gerou um vínculo entre seus participantes, ao ponto que mesmo os assuntos de maiores dificuldades eram possíveis de serem conversados. Além disso, os usuários apontam que começaram a dialogar sobre seus medicamentos com outras pessoas de sua rede de cuidado, como amigos e professores:

> [...] ah! Eu consigo me abrir bastante, porque eles são bem compreensivos, também...eles às vezes perguntam pra mim que remédio que eu tô tomando, qual...pra que que serve. Eles querem ficar informado pra saber o que que tá passando, assim, na minha vida (LHP, GAM 10).
> [...] eles me deram apoio, falaram que o que eu precisar deles, eu teria, né? Porque quando...eu comecei a tomar medicamento, eu não tava conseguindo...ter raciocínio lógico...da maneira que eu preciso. Daí eu comentei com eles, né? (...) Eles disseram que não, que tudo bem, que não...que ainda não estaria tendo...esse regime agora, que é obrigatório, né? É isso que eles me disseram...que era pra mim...me ater à medicação...dar um tempinho na faculdade...para que a hora que eu tivesse melhor, eu retomasse os estudos (...) foi bom, foi positivo! Eles compreenderam a minha situação e me deram apoio...para continuar a medicação, né? (FVS, GAM 10).

No último encontro, quando perguntados se sentiram falta de falar de algum assunto no grupo, um dos usuários afirmou:

> [...] eu acho que faltou a experiência de internamento. (...) Eu também fiquei no SJ. Lá a experiência...que tem bastante coisa pra contar. (...) A moeda de troca lá é o cigarro. Cigarro é que nem dinheiro lá...tantos cigarro vale 1 tênis, tantos cigarro vale 1 jaqueta, vale uma camisa...cigarro lá é moeda de troca (LHP, GAM 10).

Neste momento os usuários trocaram impressões e vivências, pois ambos tinham passado por internamento no mesmo hospital, porém em momentos distintos, com cinco anos de diferença, contudo, descreviam as mesmas práticas e normas hospitalares, apontando para o caráter instituído do funcionamento desses serviços. É imprescindível afirmar que a GAM se tornou um espaço de compartilhamento de experiências em diferentes sentidos, fomentando que os usuários se sentissem à vontade para falar sobre suas vivências e saberes, realizando intercâmbios, se colocando numa posição de quem tem algo a dizer.

Uma das questões fundamentais discutidas no universo da experiência de internamento, foi a experiência de uso da medicação no hospital, através de um rico relato:

> [...] a única coisa que lá é bem restritivo...e que é imposto, é a questão da medicação, que você é obrigado a tomar...e tem essa questão de...uma hora chama um grupo, grupo 1...João, Pedro, Marcos e tal, tal, tal...tá aqui, fechou o grupo 1. Beleza! Agora vamos pro grupo 2. Se o grupo não tomou a medicação, vai ficar ali marcado: ó, sobrou uma medicação aqui de tal usuário, daí tem o líder do grupo, ele chama o líder do grupo e fala: ó, usuário tal do teu grupo...não tomou a medicação hoje pela manhã. Ele, na hora, ele tem que ir lá e chamar...pegar a pessoa pra ir lá tomar a medicação. E tem um responsável pra ficar verificando se as pessoas estão fazendo a ingestão da medicação ou se não tão jogando fora. Tem isso, você toma a medicação ali, você não pega a medicação para tomar, você toma a medicação em frente a uma pessoa que está ali...fazendo a verificação...e em frente à pessoa que está servindo a medicação...porque a pessoa, a enfermeira que está distribuindo a medicação, ela não tem como monitorar se a pessoa tá...tomou

> a medicação, mas tem uma outra pessoa que põe a água pra você num copinho e que monitora se você tomou, de fato, a medicação (FVS, GAM 10).

Nesse momento surge um paralelo da relação usuário/medicação: enquanto na experiência hospitalar destaca-se um modelo coercitivo, ao participar da GAM percebe-se um modelo baseado na autonomia.

Ao finalizar a GAM, houve a proposta de um momento para realização de um plano de ação para o enfrentamento de problemas que os usuários quisessem intervir. Um dos usuários falou de uso de maconha como um problema que gostaria de enfrentar e quando perguntado sobre qual estratégia estava pensando, disse: “Acho que parar, né?” (LHP, GAM 10). Nesse momento, a pesquisadora/residente começa a propor a saída de um contexto de privação e a inserção de outras atividades e ações que proporcionem sensações de prazer e bem-estar, a partir do que o usuário ia trazendo que achava importante ter em sua vida, além de ir indicando pessoas da rede de apoio (levantada no início do grupo) para estarem presentes. Ao final do planejamento, surge uma estratégia propositiva e não restritiva, apostou-se na produção de vida, sendo que não se colocou o uso da maconha como proibido, mas que não fosse a única fonte de sensações importantes para o usuário.

Também se questionou sobre como saber se o planejamento estaria dando certo e um dos usuários respondeu que colocaria metas e prazos para alcançar seu objetivo, que seria parar de fumar. A pesquisadora/residente dialoga no sentido de que essas formas de avaliar um processo são restritas, rígidas, pouco compreensivas e de alta exigência, o que pode levar o usuário a experimentar sentimentos que o coloquem em contato com a sensação de fracasso, não valorizando sua potência. Fala sobre a noção de processo, que foi amplamente discutida no grupo e representa por uma frase presente no guia: "não existe falhar: é normal dar passos para frente e para trás" (ONOCKO-CAMPOS, PASSOS E PALOMBINI et al, 2012, p. 114). Assim, tenta-se produzir deslocamentos em relação ao cuidado de saúde. O mesmo usuário indaga: “Então, você me diz que não precisa ser tão rígido? Pode ser mais maleável...?” (FVS, GAM 10).

A experimentação da GAM permitiu questionar práticas e saberes, fazer provocações e promover movimentos instituintes, apostando na singularidade do cuidado e na valorização do percurso de cada usuário. Nesse sentido, ressalta-se como um espaço atravessado pela ética da Redução de Danos, apostando na

produção de vida e na sustentação de diferentes modos de vida perpassados pelo cuidado.

4.4 **FASE 4** – ENTREVISTAS: INICIAL E FINAL - OS IMPACTOS DA GAM NA PROMOÇÃO DA CONTRATUALIDADE: “MICROFISSURAS”

Finalmente, discutem-se as duas entrevistas, inicial e final, em perspectiva, respondendo ao objetivo deste estudo, de analisar se a participação em Grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) pode ampliar a contratualidade dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas (CAPS ad).

Primeiramente destaca-se que todos os usuários sabiam os nomes de seus medicamentos e todos eram responsáveis pelo armazenamento e uso.

DSC

A usuária DSC, participou de quatro encontros da GAM (40%). DSC havia relata inicialmente, que a indicação de seus medicamentos era para insônia, na entrevista final, manteve o entendimento de que seriam para insônia.

Acerca dos benefícios do uso, antes do grupo percebia que os medicamentos a ajudavam a dormir e diminuir a fissura, após o grupo relata que os benefícios são a melhora na irritabilidade, dos sintomas de ansiedade e insônia, também afirma que os medicamentos não trazem benefício no controle da fissura, relembrando a frustração quanto a esta expectativa. Referente aos prejuízos, afirma que não percebe mais nenhum e que a questão da libido não tem a incomodado, pois não está se relacionando com ninguém.

A usuária também cita que melhorou a conversa com a médica prescritora, sentindo-se mais apropriada para argumentar, também relata que agora tinha motivos para fazer uso da medicação.

Sobre a dificuldade na ingestão dos medicamentos pela manhã, definiu um horário fixo e não tem mais problemas nesse sentido. Quanto à autogestão medicamentosa, diminuiu a quantidade, porque sentia muito sono e percebeu melhora em relação a sonolência, contudo, percebeu-se mais irritada, retornando a dosagem anterior após conversa com a médica.

Continua com o entendimento de que o CAPS ad oferece o medicamento como única forma de atendimento. Acredita que existem espaços para falar sobre o atendimento e os objetivos dele, mas não sabe quais.

Ainda afirma que seu objetivo é a abstinência. Entretanto, relata um uso esporádico de álcool em pequena quantidade, no qual conseguiu interrompê-lo. Esse comportamento indica maior flexibilidade para lidar com a situação. Segue sem participar de outros espaços comunitários, além do CAPS.

FVS

O usuário FVS, relata uma percepção mais objetiva referente aos medicamentos após participação na GAM. Afirma entender que a Carbamazepina atua nos sintomas de abstinência e que o Haloperidol é um antipsicótico, mas que não sabe o motivo de estar fazendo o uso, que imagina ser em decorrência do uso de múltiplas drogas.

Sobre os benefícios, diz que os medicamentos lhe ajudam com o sono e a acordar bem - aqui cita efeitos mais específicos e não traz a questão de sentir alívio, porque cumpriu a prescrição. Quanto aos prejuízos, mantém a percepção de que eles só existem quando em interação com outras substâncias.

Mantém diálogos com a médica prescritora e conseguiu negociar horários diferentes para seus medicamentos. Após o início da GAM, se percebe interrompendo mais frequentemente o uso da medicação, alternando entre um dia seguindo a prescrição e no outro dia não usando. Relata que não fez uso de uma dosagem maior do que a prescrita e que em alguns momentos fez uso de dosagem menor, em função do horário, como citado anteriormente.

Sobre outras formas de atendimento no CAPS, cita os grupos de Saúde Mental e os atendimentos individuais, mas acrescenta que não os percebe efetivos para a dependência química. Em relação a espaços para falar sobre seu atendimento e objetivos, cita os grupos. Seu objetivo de tratamento se mantém a “abstinência total” e em relação a espaços comunitários, continua sem frequentar outro, além do CAPS ad.

Em relação a este usuário é importante citar que houve um movimento de abertura e flexibilidade em relação ao seu cuidado em saúde, mais ao início da experimentação da GAM. Entretanto, FVS sempre procurava mensurar o que acontecia, quantos por centro o medicamento podia ajudar e quantos por cento dependia dele mesmo. Quando os outros usuários faltavam, dizia que adesão a grupos no CAPS ad é de apenas 30% (neste caso ele era os próprios 33,3333….%!); queria fixar metas e prazos para o seu processo. À medida que manifestava seu

sofrimento, mais fortalecia o entendimento de que abstinência era a única forma de ficar melhor. Em outras palavras, continuou convivendo entre “a dor da cura ou a anestesia da doença”, fortemente inspirado por um modelo baseado na abstinência.

LHP

O usuário LHP, relata que agora sabe melhor sobre as indicações dos seus medicamentos, mas preferiu não falar sobre elas. Sobre os benefícios, diz que agora não se sente travado, que não houve vozes e não se sente mais perseguido. Quanto aos prejuízos, diz que não os percebe no momento.

Sobre o diálogo com a médica prescritora, diz que esporadicamente conversa. Nega que tenha dificuldades com horários ou que interrompa o uso ou que faz uso de dosagem acima do recomendado atualmente.

Sobre outras formas de atendimento, além da medicação, diz que agora não existem no CAPS, mas que antes da pandemia existiam. Entende que os espaços disponíveis para falar sobre os atendimentos e objetivos do mesmo são os atendimentos individuais e inclusive a entrevista que estava participando no momento.

Apresenta uma ampliação em relação aos objetivos de seu cuidado: “Ah! Melhorar a minha saúde, né? Minha saúde mental, minha saúde...física também (...) E tomar os remédios direitinho, saber pra que que eles tão servindo, pra que que eles...vão me ajudar” (LHP, entrevista final). Assim, aponta para um objetivo além de cessar o uso de drogas, o qual nem cita. Termina dizendo que não participa de outros espaços comunitários e que quase não tem jogado futebol.

Por fim, é possível constatar que os usuários não citam muitas mudanças em relação às informações sobre os medicamentos, mas apresentam deslocamentos afetivos, no sentido de se relacionarem melhor com o fato de fazerem uso de medicamentos psicofármacos.

Nenhum dos usuários cita o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como espaço de diálogo sobre os objetivos do cuidado, dado relevante que pode indicar que o espaço do PTS não está instituído de uma forma que o usuário o reconheça como tal, como um momento de pensar ações apoiadas e de definir uma direção para o cuidado.

Chama a atenção o fato de que nenhum dos usuários frequenta outros espaços comunitários, o que é uma mostra significativa da realidade “enCAPSulada" em que se encontram os serviços, indicando que o cuidado ainda está voltando muito para dentro dos próprios muros, salvo agora o momento de pandemia, mas ainda valendo

a reflexão, porque esta realidade vem se mostrando como histórica na Saúde Mental brasileira.

O grupo provocou tensionamentos em saberes constituídos e instituídos, em vidas marcadas pela repressão ao uso de drogas, o qual é internalizado e reproduzido pelos próprios usuários. Os usuários mostraram se atravessados por significativo sofrimento e produziram “microfissuras” no modo asilar/proibicionista. Espera-se que o tensionamento vá gradativamente comprometendo a rígida estrutura de modelos duros e produtores de assujeitamento, tais como paredes de concreto, nas quais as microfissuras se tornam rachaduras... seguindo num movimento progressivo de comprometimento da parede. Esse movimento é a história da Reforma Psiquiátrica, que ainda está sendo escrita.

Finalmente, apresentam-se neste momento, como no Guia GAM, os depoimentos da experiência dos participantes deste grupo, elaborados de forma escrita pelos dois usuários que foram até o fim e de forma falada, pela usuária que deixou o grupo antes do fim:

> [...] foi esclarecedor, tanto para a minha relação com medicamentos, quanto para minha relação em sua falta. Saber que medicação é mais que um simples comprimido que se faz uso por uma necessidade (FVS, GAM 10).
> [...] O GAM foi muito importante para mim saber e ficar mais informado sobre os remédios que eu tomo (LHP, GAM 10).
> [...] Ai! Pra mim foi bom, porque daí eu consegui, tipo...é...entender melhor, como eu falei, entender melhor o porquê que eu tô usando medicamento, porque que tá sendo bom...né? Porque antes era, que nem eu falei, eu só tava tomando, porque mandaram eu tomar e...pronto, acabou, mas agora eu consegui entender melhor...o porquê do uso, né? Do medicamento e ver...agora tá mais tranquilo, tá mais...arejado na minha cabeça (DSC, entrevista final).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Posso não ter escrito em primeira pessoa do singular em relação ao verbo, mas eu me coloquei em cada linha desse trabalho. Propor um grupo como a GAM, a partir do lugar de residente/trabalhadora/pesquisadora implicada com a Reforma Psiquiátrica no sentido da desconstrução, com a Redução de Danos e com a diversidade dos modos de vida em sociedade, pedia por uma postura múltipla e complexa, que passava por diferentes sentidos no encontro com cada fala e gesto dos usuários, pedia um lugar crítico e posicionado, bem longe da neutralidade, ao ser atravessada por tantos interesses.

Os resultados alcançados com este estudo se dão no sentido de compreender através dos dados levantados, uma tendência forte à medicalização no CAPS ad estudado, sustentada por diversos interesses sociais e práticas culturais. A experimentação da GAM permitiu que houvesse um ampliado diálogo sobre álcool e outras drogas, revelando mecanismos similares de funcionamento em relação às drogas prescritas e proscritas. Também ilustrou-se de forma evidente a pouca participação dos usuários em seu cuidado, marcados pelo discurso da dependência química. E ainda a GAM como uma estratégia que atua na produção de subjetividade, se aproximando da postura ética da Redução de Danos. Por fim, o movimento grupal e as entrevistas apontaram que houve deslocamentos afetivos na forma dos usuários se relacionarem com seus medicamentos.

O estudo aponta para o manejo cogestivo, que promove a participação nos espaços de atendimento, fazendo rupturas nas cisões entre profissional e usuário, construindo relações mais horizontalizadas. Assim, quando um profissional fala que não sabe a resposta de uma pergunta ou quando um usuário se sente convidado a falar sobre um saber de si, experimenta-se uma relação de cuidado com trocas, com maior participação.

A promoção da contratualidade na área álcool e outras drogas mostrou-se desafiadora, tendo em vista que “só se fortalece o que já existe”. Constatou-se que em nome de um paradigma asilar/proibicionista os usuários se isolam, diminuem suas trocas sociais para não se exporem a locais/situações de uso. Assim, a necessidade constante de produzir microfissuras em saberes instituídos, o que deve ser sustentado pelo próprio trabalho na Atenção Psicossocial.

Considera-se que a GAM se apresentou como espaço de Educação em Saúde e de Psicoeducação. Os achados apontam a necessidade de espaços coletivos que

informem, problematizem e permitam escuta e fala dos usuários de forma permanente no CAPS ad. Além disso, fornece um rico material para uma realidade marginalizada e pouco estudada.

Entre os limites do estudo, cita-se o período desenvolvido, que foi o da pandemia, a amostra reduzida de participantes e a não possibilidade de promover a participação comunitária dos usuários, devido ao isolamento social como forma de prevenção à COVID-19.

Algo que foi tema de grande preocupação no diário de pesquisa foi a “adesão” dos usuários ao grupo e a fala do FVS sobre os apenas 30% que permaneciam no grupo. Vinham à mente frases muito batidas de que “o usuário ad não vincula”, ao que ofereço um contraponto: como se vincular a um modelo de alta exigência?

Ressalta-se que este estudo se utilizou na análise de apenas um recorte dos dados obtidos na coleta, indicando vastas possibilidades de construção de conhecimento na área, o que é reforçado pela constatação da escassez de literatura produzida neste campo.

Outro aspecto árduo foi extrapolar o guia conectando-se as necessidades e questões trazidas pelos participantes da GAM.

Por fim (apenas da escrita), espera-se que este denso estudo se torne um impulso a mais na tarefa de sustentar a contradição e tensionar modos de cuidado. Que as microfissuras vão se expandindo até comprometerem a estrutura dos paradigmas, que se desconstrua obstinadamente e que se utilize de toda esta potência na direção da produção de vida!

REFERÊNCIAS

ABAL, Y. S; GUGELMIN, S. A. A redução de danos nas cenas abertas de uso de crack e outras drogas ilegalizadas: A perspectiva dos trabalhadores da saúde. **Revista do Departamento de Ciências Sociais** PUC Minas. V 01, n 01. 2018. Disponível em: http://seer.pucminas.br/index.php/emsociedade/article/view/18584. Acesso em 10 fev 2020. DOI**:** https://doi.org/10.5752/P.2595-7716.2018v1n1p24-43.

AMORIM, A. K. de M. A; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 195-204, Feb. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000100025&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 11 maio 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100025.

ARAUJO, R. B. et al. Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. **J. bras. psiquiatr.** V. 57, n. 1, p. 57-63. Rio de Janeiro: 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 17 dez 2020. https://doi.org/10.1590/S0047-20852008000100011.

BABINSKI, T; HIRDES, A. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 568-576, Dec. 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000400009& lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 maio 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072004000400009.

BAREMBlITT, G **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BASAGLIA, F; BASAGLIA, F. O. (Orgs.). Um problema di psichiatria istituzionale – l’esclusione come categoria sócio-psichiatrica. In: BASAGLIA, F. O. (Org.) **Basaglia Scritti II**. Torino: Einaudi, 1981. p. 309-328.

BORGES, M. S; QUEIROZ, L. S; SILVA, H. C. P. Representações sociais sobre cuidar e tratar: o olhar de pacientes e profissionais. **Rev. esc. enferm**. USP, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1427-1433, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600021&lng=en&nrm=iso. Acesso 13 jan 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.htm. Acesso em: 11 maio 2020.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em 08 jan 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E TEMÁTICA. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 44 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf. Acesso em 15 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. Acesso em 15 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**: Guia AD. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrat--gico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de---lcool-e-Outras-Drogas--Guia-AD-.pdf. Acesso em 21 dez 2020.

CASTRO, L. A; COUZI, C. Uso potencial dos anticonvulsivantes no tratamento ambulatorial da dependência de álcool. **J Bras Psiquiatr**, v. 55, n. 3, p. 212-217. Rio de Janeiro: 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 jan 2021. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852006000300007.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P (org.), **Ensaios**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina.** Vol. 35, n 4, de 2006. Disponível em: http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/392.pdf. Acesso em 10 fev 2020.

ESTAUBER, A; GUIMARÃES, C. F. A produção de subjetividade dependente nos CAPSad: problematizando as práticas de cuidado dos usuários de álcool e outras drogas. **Saúde em Redes**. 2017; 3 (3) :273-383. Disponível: http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/827/pdf_87. Acesso em: 30 nov 2020. DOI: http://dx.doi. org/10.18310/2446- 4813.v3np273-283.

FERREIRA, A. S et al. Perfil farmacoterapêutico em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad) do Nordeste brasileiro. **Rev Cienc Saúde**; 10(3):56-63. Itajubá: 2020. Disponível em: http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rcsfmit_zero/article/view/905/555. Acesso em 08 jan 2021. DOI: http://10.21876/rcshci.v10i3.905.

FONSÊCA, C. J. B. Conhecendo a Redução de Danos enquanto uma proposta ética. **Psicologia & Saberes**, 1(1), pp. 11-36. Universidade Católica de Pernambuco: 2012. Disponível em: http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/42#:~:text=Conhecendo%20a%20Redu%C3%A7%C3%A3o%20de%20Danos%20Enquanto%20uma%20Proposta%20%C3%89tica,-C%C3%ADcero%20Jos%C3%A9%20Barbosa&text=Situar-se%20frente%20%C3%A0s%20queixas,garantir%20seus%20direitos%20enquanto%20cidad%C3%A3o. Acesso em 07 jan 2021. DOI: https://doi.org/10.3333/ps.v1i1.43.

FREI, A. E; LOMONACO, D. F. F. a metodologia da Gestão Autônoma da Medicação radicalizada às drogas proscritas: proposições éticas e biopotências. **Cadernos do CEAS**, Salvador/Recife, n. 246, p. 92-120, jan./abr., 2019 | ISSN 2447-861X. Disponível em: https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/397. Acesso em 08 jan 2021.

GALVÃO, E. F. C; GALVÃO, J. B. Pesquisa Intervenção e Análise Institucional: alguns apontamentos no âmbito da pesquisa qualitativa. **Revista Ciências da Sociedade** (RCS), Vol. 1, p.54-67, Jan/Jun 2017. Disponível em: http://www.ufopa.edu.br/portaldeperiodicos/index.php/revistacienciasdasociedade/article/view/373. Acesso em 27 abr 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.30810/rcs.v1i1.373.

IBGE. IBGE - cidades @. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/. Acesso em: 02 maio 2019.

JORGE, M. S. B; SOUSA, F. S. P; FRANCO, T. B. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 738-744, Oct. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500015& lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 maio 2020. https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000500015.

JORGE, M. S. B. et al. Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1543-1561, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400015& lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 maio 2020. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000400015.

JORGE, M. S. B; BEZERRA, I. C. A Medicalização Social e suas repercussões nos Serviços de Saúde Mental. In: AMARANTE, P; PITTA, A. M. F; OLIVEIRA, W. F

(Orgs). **Patologização e Medicalização da Vida**: Epistemologia e Política. 1ª ed. São Paulo: Zagodoni, 2018.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2010.

LOPES, F. J. O. Proibicionismo e Atenção em Saúde a usuários de drogas: tensões e desafios às políticas públicas. **Psicol. Soc**., Belo Horizonte, v. 31, e188088, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822019000100209&lng=en&nrm=iso. Acesso 13 jan 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31188088.

MACHADO, A. R; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, jul.-set. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300007& lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 maio 2020. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000300007.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 11ª edição. São Paulo: Hucitec, 2008.

PAULON, S. M. A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 18-25, Dec. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000300003& lng=en&nrm=iso. Acesso em 27 abr 2020. https://doi.org/10.1590/S0102-7182200500030000.

ONOCKO CAMPOS, R. T; PASSOS, E; PALOMBINI, A. *et al*. **Gestão Autônoma da Medicação** – Guia de Apoio a Moderadores. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_para_dowload_com_correcoes.pdf. Acesso em 18 ago 2019.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. **Physis**. V. 21, n. 4. Rio de Janeiro: 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 27 abr 2020. https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000400008.

PINTO, F. I. Aspectos Dimensionais de Personalidade, Fissura e Adesão ao Tratamento Ambulatorial entre Dependentes de Cocaína e Crack; 2016; **Tese de Doutorado em Psiquiatria**. Departamento de Psiquiatria da FMUSP. Disponível em:

https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-08042016-084322/publico/FlaviaIsmaelPinto.pdf. Acesso em 30 nov 2020.

PNUD – PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; IPEA -INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Atlas de desenvolvimento humano do Brasil de 2013. 2013. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/. Acesso em: 02 maio 2019.

RIBEIRO, C. T; FERNANDES, A. H. Os tratamentos para usuários de drogas em instituições de saúde mental: perspectivas a partir da clínica psicanalítica. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v 16, n 2, 260-272.São Paulo: 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v16n2/06.pdf. Acesso em 17 dez 2020. https://doi.org/10.1590/S1415-47142013000200006.

RICHWIN, I. F. O paradigma da Redução de Danos na clínica com usuários de drogas: inflexões, deslocamentos e possibilidades de escuta e posicionamento clínico. **Boletim de Análise Político-Institucional**, v. 18, p. 71-79, 2018. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8882. Acesso em 11 maio 2020.

ROCHA, M. L; AGUIAR, K. F. de. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73, Dec. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010& lng=en&nrm=iso. Acesso em 27 abr 2020. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932003000400010.

RODRIGUES, J. T; ALMEIDA, L. P. Liberdade e compulsão: uma análise da programação dos doze passos dos alcoólicos anônimos. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 113-120, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722002000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso 8 jan 2021. https://doi.org/10.1590/S1413-73722002000100014.

SCHIMITH, P. B; MURTA, G. A V; QUEIROZ, S. S. A abordagem dos termos dependência química, toxicomania e drogadição no campo da Psicologia brasileira. **Psicologia USP**, volume 30, e180085. São Paulo: 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/pusp/v30/1678-5177-pusp-30-e180085.pdf. Acesso em 30 nov 2020. https://doi.org/10.1590/0103-6564e180085.

SILVA, S. N; LIMA, M. G; RUAS, C. M. Uso de medicamentos nos Centros de Atenção Psicossocial: análise das prescrições e perfil dos usuários em diferentes modalidades do serviço. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 2871-2882, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000702871&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 jan 2021. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020257.23102018.

SOUZA, T. P; CARVALHO, S. R. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. **Polis e Psique**, Vol. 2, Número temático, 2012. Disponível em:

https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40319/25628. Acesso em 13 jan 2021. DOI: https://doi.org/10.22456/2238-152X.40319.

TORRE, E. H. G; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(1):73-85, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232001000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16 fev 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000100006.

VARGAS, E. V. Uso de drogas: a alter-ação como evento. **Rev. Antropol**, v. 49, n. 2, p. 581-623. São Paulo: 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77012006000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 30 nov 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-77012006000200003.

VARGAS, A. F. M; CAMPOS, M. M. Entre o cuidado e a medicamentalização: os debates sobre “trocar uma droga por outra”. **Revista Brasileira de Sociologia.** Vol. 07, No. 15. 2019. Disponível em: http://www.sbsociologia.com.br/rbsociologia/index.php/rbs/article/view/441. Acesso em em 15 maio 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.20336/rbs.441.

VERDI, M; BUCHELE, F; TOGNOLI, H. Educação em Saúde [Recurso Eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2010. Disponível em: https://unasus.moodle.ufsc.br/file.php/58/PDFs/PDF_221010/Modulo17_EducacaoemSaude_un1.pdf. Acesso em 14 jan 2021.

ZERBETTO, S. R. et al. Discursos de dependentes de substâncias psicoativas sobre sua imagem discursivamente construída. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 1, e20180196. Brasília: 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000100173&lng=en&nrm=iso. Acesso em 30 nov 2020. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0196.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Há quanto tempo você usa medicamentos psicotrópicos?
2. Você é responsável pelo uso e armazenamento de seus remédios?
3. Você sabe os nomes de seus medicamentos?
4. Você sabe para que é indicado os medicamentos que toma?
5. Existem benefícios, na sua opinião, que o medicamento te traz? Quais?
6. Existem efeitos indesejados, na sua opinião, que o medicamento traz? Quais?
7. Se existem efeitos indesejados, como lida com eles?
8. Você conversa com o(a) médico(a) prescritor(a) sobre os efeitos de sua medicação?
9. Você tem dificuldades em cumprir os horários das medicações?
10. Você interrompe o uso dos medicamentos em algum momento? Por quais motivos?
11. Você já ingeriu medicamentos em uma quantidade acima do recomendado pelo(a) médico(a)?
12. Foi oferecido no CAPS ad outra forma de tratamento, além da medicação? Se sim, qual?
13. Existem espaços para que você possa falar como se sente sobre seu tratamento e os objetivos que quer alcançar dentro dele?
14. Quais são seus objetivos fazendo tratamento no CAPS ad?
15. Você participa de outros espaços comunitários, além do CAPS ad?

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1.Sigla de Identificação:

2.Com qual gênero você se identifica:

( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Outros:

3.De qual cor/raça você se considera?

( ) Branco(a) ( ) Pardo(a) ( ) Preto(a) ( ) Amarelo(a) ( ) Indígena

4.Qual a sua data de nascimento? _____/_____/_________

5.Qual a sua escolaridade?

( ) Não alfabetizado(a) ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Superior Completo

6.Qual a sua renda?

( ) Menos de 1 salário-mínimo ( ) 1 a 3 salários - mínimos (R$ 954,00 a R$ 2.862,00) ( ) 4 a 6 salários - mínimos (R$ 3.816,00 a R$ 5.724,00) ( ) 7 a 10 salários - mínimos (R$ 6.678,00 a R$ 9.540,00)

7.Qual o seu Estado Civil?

( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ou vivendo como casado ( ) Divorciado(a) ( ) Viúvo(a)

( ) Outro:

8.Utiliza qual(is) substância(s)? (É possível assinalar mais de uma opção)

( ) Álcool ( ) Maconha ( ) Cocaína ( ) Crack ( ) Sintéticos ( ) Outros:

9.Utiliza qual(is) medicamento(s)?

( ) Clorpromazina ( ) Haloperidol ( ) Levomepromazina ( ) Risperidona ( ) Clonazepam (Rivotril) ( ) Diazepam ( ) Amitriptilina ( ) Fluoxetina ( ) Ácido Valpróico ( ) Carbamazepina ( ) Carbonato de lítio ( ) Biperideno

Outros:

10.Já foi internado em hospital psiquiátrico? Quantas vezes?

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) Mais de 5

11.Faz quanto tempo que teve sua última alta de hospital psiquiátrico?

( ) Nunca fui internado(a) ( ) Menos de 1 mês ( ) 1 a 6 meses ( ) 6 a 12 meses ( ) 12 a 18 meses ( ) 18 a 24 meses ( ) Mais de 24 meses:

12.Há quanto tempo está em acompanhamento no CAPS ad?

( ) Menos de 1 mês ( ) 1 a 6 meses ( ) 6 a 12 meses ( ) 12 a 18 meses ( ) 18 a 24 meses ( ) Mais de 24 meses:

ANEXO 1 – GUIA DE GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO

Link para acesso: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_para_dowload_com_correcoes.pdf.